ISSN 1415-2762

REME

Revista Mineira
de Enfermagem

Nursing Journal
of Minas Gerais

Revista de Enfermería
de Minas Gerais

VOLUME 11, NÚMERO 4, OUT./DEZ. DE 2007

Reme.indd 347 12/06/2008 09:38:00

EDITOR GERAL

Francisco Carlos Félix Lana
Universidade Federal de Minas Gerais

EDITORES ASSOCIADOS

Andréa Gazzinelli C. Oliveira
Universidade Federal de Minas Gerais

Edna Maria Resende
Universidade Federal de Minas Gerais

Jorge Gustavo Velásquez Meléndez
Universidade Federal de Minas Gerais

Marília Alves
Universidade Federal de Minas Gerais

Roseni Rosângela de Sena
Universidade Federal de Minas Gerais

Tânia Couto Machado Chianca
Universidade Federal de Minas Gerais

CONSELHO EDITORIAL

Adriana de Oliveira Iquiapaza
Universidade Federal de Minas Gerais

Alacoque Lorenzini Erdmann
Universidade Federal de Santa Catarina

Alba Lúcia Bottura Leite de Barros
Universidade Federal de São Paulo – SP

Aline Cristine Souza Lopes
Universidade Federal de Minas Gerais

André Petitat
Université de Lausanne – Suiça

Anézia Moreira Faria Madeira
Universidade Federal de Minas Gerais

Carmen Gracinda Scochi
Universidade de São Paulo – RP

Cláudia Maria de Mattos Penna
Universidade Federal de Minas Gerais

Cristina Maria Douat Loyola
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Daclê Vilma Carvalho
Universidade Federal de Minas Gerais

Deborah Carvalho Malta
Universidade Federal de Minas Gerais

Elenice Dias Ribeiro Paula Lima
Universidade Federal de Minas Gerais

Emília Campos de Carvalho
Universidade de São Paulo – RP

Flávia Márcia Oliveira
Centro Universitário do Leste de Minas Gerais

Goolan Houssein Rassool
University Of London – Inglaterra

Helmut Kloos
Universit of Califórnia, San Fransico – USA

Isabel Amélia Costa Mendes
Universidade de São Paulo – RP

José Vitor da Silva
Universidade do Vale do Sapucaí

Lídia Aparecida Rossi
Universidade de São Paulo – RP

REME

Revista Mineira de Enfermagem

Luiza Akiko komura Hoga
Universidade de São Paulo – RP

Magali Roseira Boemer
Universidade de São Paulo – RP

Márcia Maria Fontão Zago
Universidade de São Paulo – RP

Marga Simon Coler
University of Connecticut – USA

Maria Ambrosina Cardoso Maia
Faculdade de Enfermagem de Passos – FAENPA

María Consuelo Castrillón
Universidade de Antioquia – Colombia

Maria Flávia Gazzinelli
Universidade Federal de Minas Gerais

Maria Gaby Rivero Gutierrez
Universidade de São Paulo – SP

Maria Helena Larcher Caliri
Universidade de São Paulo – SP

Maria Helena Palucci Marziale
Universidade de São Paulo – RP

Maria Imaculada de Fátima Freitas
Universidade Federal de Minas Gerais

Maria Itayra Coelho de Souza Padilha
Universidade Federal de Santa Catarina

Maria José Menezes Brito
Universidade Federal de Minas Gerais

Maria Lúcia Zanetti
Universidade de São Paulo – RP

Maria Miriam Lima da Nóbrega
Universidade Federal de Paraíba

Raquel Rapone Gaidzinski
Universidade de São Paulo – SP

Regina Aparecida Garcia de Lima
Universidade de São Paulo – RP

Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues
Universidade de São Paulo – RP

Rosângela Maria Greco
Universidade Federal de Juiz de Fora

Silvana Martins Mishima
Universidade de São Paulo – RP

Sônia Maria Soares
Universidade Federal de Minas Gerais

Vanda Elisa Andrés Felli
Universidade Federal de São Paulo – SP

REME – REVISTA MINEIRA DE ENFERMAGEM
Publicação da Escola de Enfermagem da UFMG

Em parceria com:
Escola de Enfermagem Wenceslau Braz – MG
Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Fundação de Ensino Superior de Passos – MG
Universidade do Vale do Sapucaí – MG
Centro Universitário do Leste de Minas Gerais – MG
Universidade Federal de Juiz de Fora – MG

CONSELHO DELIBERATIVO

Marília Alves - Presidente
Universidade Federal de Minas Gerais

José Vitor da Silva
Escola de Enfermagem Wenceslau Braz

Rosa Maria Nascimento
Fundação de Ensino Superior do Vale do Sapucaí

Maria Cristina Pinto de Jesus
Universidade Federal de Juiz de Fora

Tânia Maria Delfraro Carmo
Fundação de Ensino Superior de Passos

Sandra Maria Coelho Diniz Margon
Centro Universitário do Leste de Minas Gerais

Indexada em:

BDENF - Base de Dados em Enfermagem / BIREME-OPS.
CINAHL - Cumulative Index Nursing Allied Health Literature
CUIDEN - Base de Datos de Enfermería en Espanhol. Fundación Index
LILACS - Centro Latino Americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde
REV@ENF - Portal de Revistas de Enfermagem - Metodologia SciELO/ Bireme – OPS
LATINDEX - Sistema Regional Eletrônico de Informação sobre Registros Científicos

Formato eletrônico disponível em:
www.enfermagem.ufmg.br
www.periodicos.capes.ufmg.br

Projeto Gráfico, Produção e Editoração Eletrônica
Brígida Campbell
Iara Veloso
CEDECOM - Centro de Comunicação da UFMG
Editoração
Saitec Editoração (Eduardo Queiroz)
Impressão
Editora e Gráfica O Lutador

Normalização Bibliográfica
Maria Piedade Fernandes Ribeiro CRB/6-601

Revisão de texto
Maria de Lourdes Costa de Queiroz (Português)
Mônica Ybarra (Espanhol)
Charles Bacon (Inglês)

Secretaria Geral
Adrina Rocha França - Secretária executiva
Ana Paula de Oliveira, Daniele Luiz Andrade
Bolsistas da Fundação Universitária Mendes Pimentel (FUMP/UFMG)

Escola de Enfermagem
Universidade Federal de Minas Gerais
Revista Mineira de Enfermagem - Av. Alfredo Balena, 190 - Sala 104, Bloco Norte - Belo Horizonte - MG
Brasil - CEP: 30130-100
Telefax: (31) 3409-9876
E-mail: reme@enfermagem.ufmg.br

Assinatura
Secretaria Geral - Telefax: (31) 3409 9876
E-mail: reme@enfermagem.ufmg.br

Revista filiada à ABEC - Associação Brasileira de Editores Científicos

Periodicidade: trimestral - Tiragem: 1.000 exemplares

REME – Revista Mineira de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. - v.1, n.1, jul./dez. 1997. Belo Horizonte: Coopmed, 1997.

Semestral, v.1, n.1, jul./dez. 1997/ v.7, n.2, jul./dez. 2003.
Trimestral, v.8, n.1, jan./mar. 2004 sob a responsabilidade Editorial da Escola de Enfermagem da UFMG.
ISSN 1415-2762

1. Enfermagem – Periódicos. 2. Ciências da Saúde – Periódicos.
I. Universidade Federal de Minas Gerias. Escola de Enfermagem.

NLM: WY 100
CDU: 616-83

Reme.indd 350 12/06/2008 09:38:00

Sumário

EDITORIAL.....355

PESQUISA | RESEARCH | INVESTIGACIÓN

PERFIL NUTRICIONAL E DE MORBIDADE DE CRIANÇAS ATENDIDAS EM UMA CRECHE PÚBLICA.....357

NUTRITIONAL AND MORBIDITY PROFILE OF CHILDREN IN A PUBLIC DAY CARE CENTER

PERFIL NUTRICIONAL Y DE MORBIDAD DE NIÑOS ATENDIDOS EN UNA GUARDERÍA PÚBLICA

Elizabeth Fujimori
Claudia Nery Teixeira Palombo
Flavia Antonini Schoeps
Luciane Simões Duarte

RESULTADOS ALCANÇADOS COM A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA APÓS CINCO ANOS DE IMPLANTAÇÃO EM UMA CIDADE DO INTERIOR DE MINAS GERAIS.....363

RESULTS AFTER 5 YEARS OF THE SETTING UP OF THE FAMILY HEALTH STRATEGY IN A SMALL PROVINCIAL TOWN IN THE STATE OF MINAS GERAIS, BRAZIL

RESULTADOS LOGRADOS CON LA ESTRATEGIA SALUD DE LA FAMILIA DESPUÉS DE 5 AÑOS DE IMPLANTACIÓN EN UNA CIUDAD DEL INTERIOR DE MINAS GERAIS

Helisamara Mota Guedes
Luciana Duarte de Paula
Adélia Yaeko K. Nakatani
Aline de Barros Coelho

CARACTERISTICAS DOS RISCOS PARA QUEDAS ENTRE IDOSOS DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....369

CHARACTERISTICS OF FALL RISKS AMONG THE ELDERLY IN A FAMILY HEALTH UNIT

CARACTERÍSTICAS DE LOS RIESGOS DE CAÍDAS PARA ANCIANOS DE UNA UNIDAD DE SALUD DE LA FAMILIA

Maria José Sanches Marin
Nadia Cecília Castilho
Joice Mayumi Myazato
Pamela Cristine Ribeiro
Darlene Vieira Candido

O (DES)CONHECIMENTO DOS VIAJANTES SOBRE A EXIGÊNCIA DA VACINAÇÃO CONTRA FEBRE AMARELA: UM ESTUDO NO AEROPORTO INTERNACIONAL DE PORTO ALEGRE, RS.....375

THE TRAVELER'S (UN)KNOWLEDGE ABOUT THE REQUIREMENTS OF YELLOW FEVER'S VACCINATION: A STUDY AT PORTO ALEGRE INTERNATIONAL AIRPORT, STATE OF RIO GRANDE DO SUL

(FALTA DE) CONOCIMIENTO DE LOS PASAJEROS SOBRE LA EXIGENCIA DE VACUNACIÓN CONTRA LA FIEBRE AMARILLA: ESTUDIO DE CASO EN EL AEROPUERTO INTERNACIONAL DE PORTO ALEGRE, RS

Clarice Maria Dall'Agnol
Dirciara Barañano Souza
Anna Paula dos Reis Mallet
Paulo Ricardo Santos Nunes
Janaina Liberali

O FENÔMENO DE REVOLVING DOOR EM HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS DE UMA CAPITAL DO NORDESTE BRASILEIRO.....381

THE REVOLVING DOOR PHENOMENON IN PSYCHIATRIC HOSPITALS OF A CAPITAL OF THE BRAZILIAN NORTHEAST

EL FENÓMENO DE LA PUERTA GIRATORIA (REVOLVING DOOR) EN HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS DE UNA CAPITAL DEL NORESTE DE BRASIL

Carla Janaína de Sousa Parente
Liana Parentes Fortes Mendes
Carla Nayara dos Santos Souza
Dicherine Kênya Monte Silva
Jaqueline Carvalho e Silva
Alexandre Castelo Branco Vaz Parente
Adriana da Cunha Menezes Parente

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO E GESTÃO DO SISTEMA DE SAÚDE – UMA TRAJETÓRIA POSITIVA DE INTEGRAÇÃO.....387

UNIVERSITY HOSPITAL AND HEALTH SYSTEM MANAGEMENT – A POSITIVE INTEGRATION TRAJECTORY

HOSPITAL UNIVERSITARIO Y GESTIÓN DEL SISTEMA DE SALUD – TRAYECTORIA POSITIVA DE INTEGRACIÓN

Maria do Carmo
Eli Iôla Gurgel Andrade
Joaquim Antônio César Mota

AVALIAÇÃO DE COMPETÊNCIAS GERENCIAIS: A PERCEPÇÃO DE ALUNOS DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM DA USP.....395

EVALUATION OF MANAGEMENT COMPETENCIES: THE PERCEPTION OF STUDENTS IN THE NURSING UNDERGRADUATE COURSE OF THE UNIVERSITY OF SÃO PAULO

EVALUACIÓN DE COMPETENCIAS PARA LA ADMINISTRACIÓN: PERCEPCIÓN DE LOS ALUMNOS DEL CURSO DE GRADUACIÓN EN ENFERMERÍA DE USP

Eduardo Pires dos Santos
Maria Helena Trench Ciampone

PLANEJAMENTO: FERRAMENTA DO ENFERMEIRO PARA A OTIMIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ENFERMAGEM.....402

PLANNING: A NURSING TOOL TO OPTIMIZE SERVICES

PLANIFIACIÓN: HERRAMIENTA DEL ENFERMERO PARA OPTIMAR SUS SERVICIOS

Ana Lúcia de Assis Simões
Giovanna Valim Presotto
Helena Hemiko Iwamoto
Letícia de Araújo Apolinário

OPINIÃO E CONHECIMENTO DO ENFERMEIRO SUPERVISOR SOBRE SUA ATIVIDADE.....407

HEAD NURSES' OPINION AND KNOWLEDGE ABOUT THEIR ACTIVITIES

OPINIÓN Y CONOCIMIENTO DEL ENFERMERO SUPERVISOR DE SUS TAREAS

Jairo Aparecido Ayres
Heloisa Wey Berti
Wilza Carla Spiri

ESTRESSE EM ESTUDANTES DE ENFERMAGEM: CONSTRUÇÃO DOS FATORES DETERMINANTES.....414

STRESS IN NURSING STUDENTS: CONSTRUCTION OF DETERMINING FACTORS

ESTRÉS EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA: CONSTRUCCIÓN DE LOS FACTORES DETERMINANTES

Ana Lucia Siqueira Costa

ESTUDO SOBRE A IDENTIDADE DO ENFERMEIRO EM UMA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR COOPERATIVISTA.....420

STUDY ABOUT THE NURSE'S IDENTITY IN A COOPERATIVE MEDICAL HOSPITAL

ESTUDIO SOBRE LA IDENTIDAD DEL ENFERMERO EN UNA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA COOPERATIVISTA

Daniele Cristina Zuza
Mauro Antonio Pires Dias da Silva

SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS PELOS ENFERMEIROS ÀS AÇÕES NAS OCORRÊNCIAS ÉTICAS NO BLOCO OPERATÓRIO.....425
MEANINGS ASSIGNED BY NURSES TO ETHICAL EVENTS IN THE OPERATING THEATER
SIGNIFICADOS ATRIBUIDOS POR LOS ENFERMEROS A LAS ACCIONES ANTE ACONTECIMIENTOS ÉTICOS EN EL BLOQUE OPERATORIO
Marcos Antonio da Silva
Genival Fernandes de Freitas

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO DAS MULHERES QUE SOFRERAM EPISIOTOMIA.....432
DISCOURSE OF THE COLLECTIVE SUBJECT OF WOMEN SUBMITTED TO EPISIOTOMY
DISCURSO DEL SUJETO COLECTIVO DE LAS MUJERES SOMETIDAS A UNA EPISIOTOMÍA
Jaqueline de Oliveira Santos
Antonieta Keiko Kakuda Shimo

ALTERAÇÕES CÉRVICO-UTERINAS EM MULHERES ATENDIDAS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE CAMPINAS-SP.....439
ALTERATIONS IN THE UTERINE CERVIX IN WOMEN TAKEN CARE OF IN A BASIC HEALTH UNIT IN CAMPINAS-SP
ALTERACIONES CÉRVICO-UTERINAS EN MUJERES ATENDIDAS EN UNA UNIDAD BÁSICA DE SALUD DEL MUNICIPIO DE CAMPINAS-SP
Jaqueline de Oliveira Santos
Sueli Riul da Silva
Celina Fernanda dos Santos
Madalena C. S. Araújo
Sueli Dias Bueno

A PERCEPÇÃO DE ADOLESCENTES SOBRE SEXUALIDADE.....446
PERCEPTION OF ADOLESCENTS ABOUT SEXUALITY
PERCEPCIÓN DE LOS ADOLESCENTES SOBRE LA SEXUALIDAD
José Roberto da Silva Brêtas
Renata de Lima Muroya
Lie Yamaguti Shida
José Rodrigo de Oliveira
Wagner de Aguiar Júnior

REVISÃO TEÓRICA | REVIEW OF THEORY | REVISIÓN TEÓRICA

ASSOCIAÇÃO ENTRE TRABALHO DE PARTO PREMATURO E VAGINOSE BACTERIANA: UMA REVISÃO DA LITERATURA.....453
ASSOCIATION BETWEEN PREMATURE BIRTH AND BACTERIAL VAGINOSIS: A REVIEW OF THE LITERATURE
ASOCIACIÓN ENTRE EL TRABAJO DE PARTO PREMATURO Y LA VAGINITIS BACTERIANA: REVISIÓN DE LITERATURA
Flaviana Vieira Andrade
Clarice Marcolino

ARTIGOS REFLEXIVOS | CRITICAL REFLECTION | ARTÍCULOS REFLEXIVOS

A QUESTÃO DO PORTADOR DE NECESSIDADES ESPECIAIS: UMA REFLEXÃO.....461
THE ISSUE OF PEOPLE WITH SPECIAL NEEDS: A REFLECTION
LA CUESTIÓN DE LAS PERSONAS CON NECESIDADES ESPECIALES: UNA REFLEXIÓN
Ernesto Luiz Muniz Moreira
Lucia de Fátima Rodrigues Moreira
Miguir Terezinha Vieccelli Donoso

RELATO DE EXPERIÊNCIA | REPORTS OF EXPERIENCE | RELTOS DE EXPERIENCIAS

A PRIMEIRA DOCÊNCIA A GENTE NUNCA ESQUECE... 465
YOU NEVER FORGET YOUR FIRST EXPERIENCE AS A TEACHER…
NUNCA OLVIDAMOS NUESTRA PRIMERA EXPERIENCIA COMO DOCENTES...
Kênia Lara Silva
Adriano Marçal Pimenta

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PESSOA PORTADORA DA SÍNDROME DE CHURG-STRAUSS: ESTUDO DE CASO.....470

NURSING ASSISTANCE SYSTEMATIZATION FOR PATIENT WITH CHURG STRAUSS SYNDROME: CASE STUDY

SISTEMATIZACIÓN DE LA ASISTENCIA DE ENFERMERÍA AL PACIENTE PORTADOR DEL SÍNDROME DE CHURG-STRAUSS: ESTUDIO DE CASO

Flávia Sampaio Latini Gomes
Lúcia de Fátima Rodrigues Moreira
Paula Gabriela Ribeiro Andrade
Fabrícia Madalena Meira Santos

A PREVENÇÃO DAS DOENÇAS CARDIOVASCULARES COMEÇA NA INFÂNCIA: PAPEL ESTRATÉGICO DO ENFERMEIRO

A carga global de doenças cardiovasculares (DCV) tanto nas sociedades desenvolvidas como nas emergentes constitui na atualidade um fenômeno crescente, ao extremo de ser considerada uma epidemia mundial. Em nível individual se expressa inicialmente como deterioro metabólico, condição consensualmente denominada Síndrome Metabólica, o curso clínico é prolongado e pode iniciar-se com tolerância diminuída à glicose até complicações decorrentes da instalação do diabetes tipo II. Abundante evidência sugere que suas principais causas estejam relacionadas ao aumento de peso, dietas altamente calóricas, sedentarismo e predisposição genética. Um aspecto importante a ser considerado é a forte relação entre essa síndrome com alterações metabólicas e eventos cardiovasculares, conhecido como risco "cardiometabólico". Sua crescente prevalência no mundo moderno enfatiza a importância do seu diagnóstico, de sua prevenção e de seu tratamento.

Guias consensuais produzidas pela organização Mundial da Saúde (OMS) indicam que pacientes com diabetes tipo II apresentam de duas a cinco vezes o risco de apresentarem doenças cardiovasculares e 75% deles essencialmente morrem por algum evento cardiovascular. Estudos mostraram que 20% dos pacientes com atrasos de quatro a sete anos no diagnóstico desenvolveram manifestações neurológicas e microvasculares.

O reconhecimento das condições clínicas iniciais pode levar a sucesso na prevenção do desenvolvimento dos distúrbios metabólicos e, com isso, eventos cardiovasculares. Isto inclui mudanças de estilo de vida, atividade física periódica e dietas saudáveis para tratar a obesidade e prevenir a diabetes.

Entretanto, evidências científicas acumuladas ao longo de várias décadas indicam que a ateroesclerose, uma das principais manifestações das DCVs, é um processo que se inicia na infância e que seu curso pode ser alterado por fatores genéticos, de risco modificáveis e ambientais. Com isso não é difícil intuir que a prevenção deve começar desde a infância e aqui o importante papel da prática de enfermagem na abordagem e implementação de estratégias em individuos e grupos de alto risco para a prevenção de doenças cardiovasculares. Esse tipo de abordagem já faz parte do atendimento da forca de trabalho e *know how* dos enfermeiros.

Existem numerosas oportunidades de implementação de medidas preventivas das doenças cardiovasculares dos enfermeiros na sua prática clínica e de saúde pública. Recentemente, um pronunciamento da Sociedade Americana do Coração o Council on Cardiovascular Nursing, entre outras, diz respeito aos princípios básicos preventivos de DCVs devem ser abordados nas escolas, em crianças e adolescentes, na comunidade e na prestação básica de serviços de saúde. A promoção da saúde cardiovascular deve ser feita com abordagem de uma equipe interdisciplinar baseada em evidencias científicas consolidadas nas últimas três décadas e que os enfermeiros continuarão com seu papel central e essencial no desenho e na implementação de estratégias eficazes na prevenção de DCVs. Esse modelo de atendimento requer prática avançada da enfermagem com conhecimentos especializados e habilidades para o trabalho em grupo e coordenação nos serviços com profissionais de outras áreas da saúde.

Jorge Gustavo Velásquez Meléndez
Editor Associado da *Revista Mineira de Enfermagem*

Reme.indd 356 12/06/2008 09:38:01

PERFIL NUTRICIONAL E DE MORBIDADE DE CRIANÇAS ATENDIDAS EM UMA CRECHE PÚBLICA*

NUTRITIONAL AND MORBIDITY PROFILE OF CHILDREN IN A PUBLIC DAY CARE CENTER

PERFIL NUTRICIONAL Y DE MORBIDAD DE NIÑOS ATENDIDOS EN UNA GUARDERÍA PÚBLICA

Elizabeth Fujimori[1]
Claudia Nery Teixeira Palombo[2]
Flavia Antonini Schoeps[3]
Luciane Simões Duarte[4]

RESUMO
Creches são equipamentos sociais importantes para promover a saúde da criança. Nste estudo transversal de abordagem quantitativa teve-se como objetivo caracterizar o perfil nutricional e de morbidade de crianças atendidas em uma creche pública da periferia da cidade de São Paulo que atende população de baixa renda. A amostra foi constituída por 146 crianças menores de 5 anos. Pais/responsáveis foram entrevistados para a coleta de dados socioeconômicos e de saúde materno-infantis. As crianças foram pesadas e medidas e tiveram avaliação da palidez palmar. O estado nutricional foi caracterizado com os índices antropométricos peso/idade, estatura/idade e peso/estatura. A desnutrição foi definida com ponto de corte recomendado pela Organização Mundial da Saúde (<-2 escore Z). A anemia (Hemoglobina < 11g/dL)I foi caracterizada com base em exames laboratoriais realizados nos últimos seis meses e na palidez palmar. Constatou-se que a desnutrição era pouco freqüente, porém a anemia afetava 43,3% das crianças e 60,3% haviam adoecido nos últimos 15 dias, sendo os problemas respiratórios, responsáveis por 79,6% das queixas. Os resultados indicam que conhecer os perfis de saúde e nutrição de crianças freqüentadoras de creches é fundamental para subsidiar a enfermagem no planejamento de ações intersetoriais com vista à promoção da saúde infantil.
Palavras-chave: Saúde da Criança; Promoção da Saúde; Estado Nutricional; Avaliação Nutrional; Morbidade; Creches.

ABSTRACT
Child day care centers are important social tools for child health promotion. This quantitative cross-sectional study intended to describe the nutritional and morbidity profile of children attending a public day care center in the city of São Paulo. The sample was made up of 146 children under 5 years old. Parents/guardians were interviewed to obtain socioeconomic data and material and infant health data. Body weight and height were measured and palmar pallor was examined. Nutritional status was characterized by weight/age, height/age and weight/height index. Malnutrition was defined with the cut-off recommended by the World Health Organization (< -2 Z score). Anemia (Hemoglobin < 11g/dL) was characterized by laboratorial examining in the six previous months and palmar pallor. Undernourishment was rare. Anemia was prevalent in 43.3% and 60.3% of children had some morbidity in the previous 15 days. Respiratory problems were 79.6% of complaints. The results highlighted that knowing the nutritional and morbidity profile of children attending day care centers is fundamental in order to guide the Nursing in planning intersectorial actions to promote child health.
Key words: Child Health (Public Health); Health Promotion; Nutrition Assessment. Nutritional Status; Morbility; Child Day Care Centers.

RESUMEN
Las guarderías son instituciones sociales importantes para promover la salud del niño. Este estudio transversal de enfoque cuantitativo tiene por objeto caracterizar el perfil nutricional y de morbidad de los niños atendidos en una guardería pública de la periferia de la ciudad de San Pablo que atiende a una población de bajos ingresos. La muestra consistió en 145 niños menores de 5 años. Los datos socioeconómicos y de salud materno infantil se recogieron en entrevistas con los padres y/o responsables. A los niños se los pesaron y midieron y se evaluó su palidez palmar. Se caracterizó el estado nutricional según los índices antropométricos peso/edad, estatura/edad y peso/estatura. La desnutrición se definió con punto de corte recomendado por la Organización Mundial de Salud (<-2 escore Z). La anemia (Hemoglobina < 11g/dl) se caracterizó en base a análisis de laboratorio realizados en los últimos seis meses y en la palidez palmar. Se constató que la desnutrición era poco frecuente; sin embargo, la anemia afectaba el 43,3% de los niños y el 60,3% había estado enfermo los últimos 15 días. El 79,6% de las quejas se debía a problemas respiratorios. Los resultados indican que es fundamental conocer el perfil de salud y nutrición de los niños que van a las guarderías para subsidiar a enfermería en la planificación de acciones intersectoriales que promuevan la salud infantil.
Palabras clave: Salud del Niño; Evaluación Nutricional; Estado Nutricional; Morbidad; Jardines Infantiles.

* Extraído da Dissertação Estado nutricional de crianças: conhecimentos e práticas de educadoras de uma creche, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), 2005.

[1] Livre-Docente em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP). Professora Associada do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da EEUSP. São Paulo, Brasil.

[2] Mestre em Enfermagem pela EEUSP, área de concentração Enfermagem em Saúde Coletiva. Enfermeira do Programa de Saúde da Família do Município de São Paulo. São Paulo, Brasil.

[3] Aluna do Curso de Graduação em Enfermagem, EEUSP (bolsista de Iniciação Científica do CNPq). São Paulo, Brasil.

[4] Aluna do Curso de Graduação em Enfermagem, EEUSP (bolsista de Iniciação Científica do Pibic/CNPq). São Paulo, Brasil.

Endereço para correspondência: Avenida Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419. Cerq. César. São Paulo-SP, Brasil – CEP 05403-000. E-mail: efujimor@usp.br.

Reme.indd 357 12/06/2008 09:38:01

INTRODUÇÃO

Condições de vida desfavoráveis propiciam inúmeros problemas de saúde, sobretudo relacionados à alimentação/nutrição, dentre os quais se destacam a desnutrição energético-protéica e a anemia ferropriva como os de maior importância epidemiológica na infância.

Estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS)[1] indicam que, nos países pobres, 38% das crianças menores de 5 anos apresentam comprometimento severo do crescimento linear (*stunting*) e 9% sofrem de emagrecimento extremo (*wasting*). Dados mundiais revelam, também, que a desnutrição é responsável por 55% das mortes infantis nesses países.[2]

Em nosso meio, estudos de abrangência nacional realizados nas últimas décadas têm revelado tendências expressivas de declínio na prevalência da desnutrição crônica (déficits de crescimento linear) em menores de 5 anos: de 32% na década de 1970 para 15,4% e 10,5% nas décadas de 1980 e 1990, respectivamente.[3] Entretanto, estudos pontuais realizados em áreas mais pobres mostram que a desnutrição ainda pode apresentar prevalências elevadas, revelando-se muito significativa do ponto de vista epidemiológico.[4,5]

Diferentemente do que vem ocorrendo com a desnutrição, a anemia ferropriva tem apresentado aumento significativo nas últimas décadas, sendo considerada, atualmente, o problema nutricional de maior magnitude no País.[6] Análise da tendência secular da anemia revela que sua prevalência em menores de 5 anos tem aumentado significativamente nas últimas décadas. Na cidade de São Paulo, passou de 22,7% na década de 70 para 35,6% na década de 80 e 46,9% na década seguinte, afetando especialmente crianças de estratos socioeconômicos mais baixos.[6]

Com base nessas informações, é certo que a desnutrição e a anemia constituem problemas nutricionais relevantes que exigem prioridade de atenção dos enfermeiros para a definição de estratégias de combate e controle não somente em decorrência dos efeitos deletérios que ocasionam, mas principalmente pela influência que exercem nas taxas de morbimortalidade infantil.[7]

De acordo com a agenda de compromissos do Ministério da Saúde[8] para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, os princípios norteadores do cuidado da saúde da criança são o planejamento e o desenvolvimento de ações intersetoriais. Para Souza et al.,[9] "a intersetorialidade, como estratégia organizacional, busca superar a fragmentação das políticas públicas ao considerar o ser humano na sua totalidade e na sua complexidade"

Como equipamento social, a creche pode ser uma aliada importante das unidades de saúde para a efetivação de práticas de promoção, prevenção e combate dos problemas nutricionais e de saúde mais prevalentes na infância.

Tendo em vista essas considerações, justifica-se realização deste estudo, que consiste na caracterização do perfil nutricional e da morbidade de crianças atendidas em uma creche, com vista a subsidiar a enfermagem e os serviços básicos no planejamento de ações intersetoriais para a promoção da saúde integral da criança.

METODOLOGIA

Este estudo transversal, descritivo-observacional, de abordagem quantitativa, integrou um projeto mais amplo, que em sua íntegra constituiu dissertação de mestrado defendida na Escola de Enfermagem da USP, em 2005, intitulada: *Estado nutricional de crianças: conhecimentos e práticas de educadoras de uma creche* por Claudia Nery Teixeira Palombo. O estudo foi desenvolvido em uma creche municipal conveniada, localizada na zona leste da cidade de São Paulo, no distrito mais excluído da cidade, caracterizado pela precariedade das condições socioeconômicas e ambientais e marcado pelo desemprego, discriminação e violência.

A creche possui capacidade para atender 170 crianças menores de 5 anos, porém a amostra estudada refere-se a 146 crianças, cujos pais e/ou responsáveis concordaram em participar do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os dados foram colhidos em julho/agosto de 2004 por uma enfermeira e duas alunas do curso de graduação em enfermagem, previamente treinadas tanto para a realização das entrevistas quanto para a verificação das medidas antropométricas. Utilizou-se um formulário pré-testado, preenchido com dados obtidos com base na ficha da criança na creche e entrevista realizada com pais/responsáveis, no horário de entrada ou saída das crianças, para a coleta de dados socioeconômicos, condições maternas de gravidez e parto, bem como da morbidade da criança nos últimos 15 dias.

O peso dos menores de 24 meses foi verificado em balança pediátrica, marca Baxter, com capacidade para 15 kg e escala com divisões de 10 g, e dos maiores de 24 meses em balança de adulto, marca Welmy, com capacidade para 150 kg e escala com divisões de 100 g. Os menores de 24 meses foram pesados totalmente despidos e os demais, com uma peça de roupa íntima ("calcinha/cueca"). Para aferição da estatura, foram utilizados antropômetros de madeira operados sobre uma mesa e fita métrica fixada na parede, ambos com escalas em milímetros. A verificação das medidas antropométricas seguiu as recomendações do Ministério da Saúde.[10]

A anemia foi detectada pela avaliação da palidez palmar, como preconizado pela estratégia de Atenção Integrada as Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI).[11] Tal procedimento foi realizado pela enfermeira devidamente capacitada na estratégia AIDPI. Foi utilizado, também, o nível de hemoglobina (Hb) das crianças que possuíam hemograma realizado nos últimos seis meses comprovando a presença de anemia quando o nível de Hb sangüínea era inferior a 11g/dL.[12]

Os dados pré-codificados foram organizados em bancos de dados do software Excel e analisados pelo programa Epi Info 6.04. Para caracterizar o estado nutricional das crianças, utilizou-se o software EpiNut, acoplado ao Epi Info, que gerou valores individuais de escore Z dos indicadores peso para idade (P/I), altura para idade (A/I) e peso para altura (P/A), tendo como referência o padrão norte americano do National Center for Health Statistics (NCHS) recomendado pelo Ministério da Saúde.[10] Os indicadores antropométricos foram categorizados de acordo com os seguintes intervalos de escore Z: desnutrição ($Z < -2$), risco nutricional ($-2 \leq Z < -1$), eutrofia ($-1 \geq Z < +1$), risco de sobrepeso ($+1 \geq Z < +2$) e sobrepeso ($Z \geq +2$).[10]

Todas as diretrizes éticas da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde foram contempladas e o projeto maior foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP.

Reme.indd 358 12/06/2008 09:38:01

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Tabela 1 mostra maior concentração de crianças na faixa etária de 24 a 48 meses (52,6%) e trabalho materno como principal motivo do ingresso da criança na creche (86,3%). A maioria das crianças freqüentava a creche há mais de seis meses (86,4%) e pertencia a famílias com quatro ou mais membros (78,8%), que percebiam renda familiar *per capita* inferior a 0,5 salário mínimo (64%).

TABELA 1 – CARACTERÍSTICAS GERAIS DAS CRIANÇAS ESTUDADAS

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	80	54,8
Feminino	66	45,2
Faixa etária (meses)		
0 ├— 6	01	0,7
6 ├— 12	12	8,2
12 ├— 24	28	19,2
24 ├— 36	33	22,6
36 ├— 48	44	30,1
≥48	28	19,2
Motivo de ingresso na creche (referido por familiares)		
Trabalho materno	126	86,3
Baixas condições socioeconômicas	6	4,1
Outros	14	9,6
Tempo de freqüência à creche (meses)*		
<6	19	13,6
•6	121	86,4
Número de pessoas na mesma residência da criança		
<4	31	21,2
≥4	115	78,8
Renda familiar *per capita (salário mínimo**)**		
0 ├— 0,5	89	64,0
0,5 ├— 1,0	39	28,1
≥1	11	7,9
Pré-natal*		
Sim	141	97,9
Não	3	2,1
Duração da gravidez (meses)		
<9	25	17,1
•9	121	82,9
Peso ao nascer (gramas)*		
<2500	09	6,4
≥2500	131	93,6
Aleitamento materno*		
Sim	127	88,2
Não	17	11,8
Duração do aleitamento (meses)*		
<3	24	22,9
3 ├— 6	25	23,8
•6	56	53,3
Freqüência a posto de saúde		
Sim	124	84,9
Não	22	15,1
Uso de medicação*		
Sim	62	42,8
Não	83	57,2
Principais medicamentos utilizados***		
Suplementação vitamínica	48	64,9
Sulfato ferroso	14	18,9
Antibióticos	12	16,2

* Não foram obtidas informações para a totalidade das crianças.
** Salário mínimo vigente e cotação do dólar no período:
R$ 260,00 e US$ 3,05, respectivamente (salário mínimo em dólares americanos: US$ 85,25)
*** Mais de um medicamento foi referido para a mesma criança.

A renda *per capita* é uma das medidas mais comumente utilizadas para verificar o padrão de vida de uma população. As pessoas são consideradas pobres se o consumo ou a renda delas for inferior a determinado limite necessário para satisfazer suas necessidades básicas. Esse limite mínimo é denominado "linha da pobreza". O Banco Mundial utiliza como linha de referência para medir a pobreza de uma população a renda *per capita* de um ou dois dólares *per capita* por dia.[13] Considerando, então, essa referência para a análise do nível de pobreza desse grupo, pode-se dizer que a maioria das famílias (64%) encontrava-se abaixo da linha de pobreza, ou seja, não possuía as condições mínimas para satisfazer suas necessidades básicas, uma vez que o salário mínimo, em dólares americanos, era de US$ 85, e metade desse valor dividido por 30 dias equivale a viver com menos de US$ 1,40 *per capita*/dia.

Apesar das condições desfavoráveis, foram identificadas apenas 6,4% de crianças que nasceram com baixo peso (< 2500g), incidência inferior aos 10% estimados para o Brasil[14] e aos 8,9% estimados para o distrito.[15] Os dados relacionados com o acesso aos serviços de saúde podem constituir justificativa para esse achado, pois 84,9% das crianças eram cadastradas em alguma unidade de saúde, 97,9% das mães tiveram acesso ao pré-natal e 82,9% das crianças nasceram a termo. Verificou-se que 88,2% das crianças foram amamentadas, mas quase metade (46,7%) recebeu leite materno por um período inferior a seis meses. O uso de algum tipo de medicação no momento da entrevista foi referido para 42,8% das crianças, sendo que a maioria fazia uso de suplemento vitamínico ou mineral, porém 16,2% usavam antibióticos.

A Tabela 2, que apresenta a caracterização do estado nutricional das crianças, mostra que a desnutrição era pouco freqüente entre as crianças estudadas, encontrando-se na normalidade esperada, isto é, os valores para todos os indicadores antropométricos estudados giraram em torno daqueles encontrados na população de referência, 2,3% de crianças com tais índices abaixo de - 2 escore Z.[10]

Na década de 1990, a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Nutrição (PNDS) revelou que a prevalência de desnutrição crônica (A/I), aguda (P/A) e total (P/I) era de 10,5%, 2,3% e 5,7%, respectivamente (16). No mesmo período, pesquisa realizada na cidade de São Paulo mostrou que a prevalência do déficit de altura/idade foi de 2,4% e o de peso/altura, de 0,6% entre os menores de 5 anos.[3] Neste estudo, a desnutrição crônica afetava apenas 2,1% das crianças, enquanto a desnutrição aguda e a total afetavam, respectivamente, 2,7% e 0,7%.

Estudo que acompanhou 180 crianças usuárias de creche durante nove meses com a finalidade de avaliar a eficácia da freqüência à creche em promover a recuperação nutricional das crianças revelou que o percentual de crianças em risco nutricional diminuiu no decorrer do acompanhamento, passando de 10,1% para 3,4% em relação ao índice peso/altura, enquanto para os índices peso/idade e altura/idade a queda foi de 29,8% para 15,2%

Reme.indd 359 12/06/2008 09:38:01

TABELA 2 – DISTRIBUIÇÃO DAS CRIANÇAS QUANTO AO ESTADO NUTRICIONAL CARACTERIZADO SEGUNDO ESCORE Z DOS INDICADORES PESO/IDADE, PESO/ALTURA E ALTURA/IDADE

Estado nutricional	Indicadores					
	Peso/Idade		Altura/Idade		Peso/Altura	
	n	%	n	%	n	%
Desnutrição (Z <-2)	01	0,7	03	2,1	04	2,7
Risco nutricional (-2 ≤ Z <-1)	12	8,2	20	13,7	21	14,4
Eutrofia (-1 ≤ Z <+1)	106	72,6	102	69,8	99	67,8
Risco de sobrepeso (+1 ≤ Z <+2)	23	15,8	19	13,0	21	14,4
Sobrepeso (Z ≥ +2)	04	2,7	02	1,4	01	0,7
Total	146	100,0	146	100,0	146	100,0

e de 50% para 44,8%, respectivamente, sendo necessário, aproximadamente, quatro meses para que esses benefícios fossem identificados.[18]

Outro estudo que avaliou a evolução nutricional de crianças atendidas em creches públicas no município de São Paulo indicou que, em um ano, a prevalência de déficit de altura/idade diminuiu 56%, passando de 7,1% para 3,1%, enquanto a variação nos indicadores peso/idade e peso/altura foi de 2,9% para 1,7% e de 0,2% para 0,5%, respectivamente, confirmando o impacto positivo da freqüência à creche sobre o estado nutricional e a baixa prevalência da desnutrição.[18]

Certamente alguns fatores contribuíram para o bom resultado encontrado nesse estudo. Um deles é o fato de a maioria das crianças freqüentar a creche há mais de seis meses e passar a maior parte do tempo na instituição, tendo, dessa forma, acesso a uma alimentação de boa qualidade. Outra variável importante que pode justificar a baixa prevalência da desnutrição é o acesso das crianças aos serviços de saúde, sugerindo que, mesmo residindo em área de exclusão social e pertencendo a famílias pobres, crianças com acesso a serviços públicos constituem grupo privilegiado no contexto geral da região.[19]

O estado nutricional de ferro das crianças foi analisado sob três aspectos: episódio anterior de anemia, referida nas entrevistas pelos responsáveis; níveis de Hb de exame recente (último seis meses) e avaliação da palidez palmar. A Tabela 3 apresenta essas informações.

A entrevista com os responsáveis revelou que 38% das crianças já haviam tido anemia em algum momento da vida. Dessas, 84,3% tiveram com idade superior a seis meses e quase 90% dos casos foram identificados por meio de exame laboratorial.

O diagnóstico da anemia pôde ser feito pela avaliação dos níveis de Hb em 30 crianças que apresentaram resultado de exame laboratorial recente. Os resultados apontaram que 43,3% das crianças com resultado de exame laboratorial tinham níveis de Hb < 11g/dL. Vale destacar que apenas uma criança apresentou concentração de Hb < 9g/dL, de forma que quase a totalidade apresentou anemia leve.

Os dados encontrados corroboram resultados de outros estudos que apontam prevalência elevada de anemia entre crianças que freqüentam creches, ou seja, superior a 40%. Em Cuiabá, a prevalência de anemia entre menores de 3 anos que freqüentavam creches públicas em período integral era bastante elevada – 63%.[20] Dados de Porto Alegre, porém, foram similares ao verificado nesse estudo, com presença de anemia em 47,8% de crianças até 36 meses, freqüentadoras de escolas infantis municipais.[21]

TABELA 3 – DISTRIBUIÇÃO DAS CRIANÇAS SEGUNDO DADOS DO ESTADO NUTRICIONAL DE FERRO

Variáveis	N	%
Anemia em algum momento da vida*		
Não	85	62,0
Sim	52	38,0
Idade em que teve anemia (em meses)*		
0 ├─ 6	08	15,7
6 ├─ 9	08	15,7
12 ├─ 18	21	41,2
≥ 18	14	27,4
Forma pela qual descobriu a anemia*		
Avaliação laboratorial	44	88,0
Avaliação clínica	06	12,0
Níveis de Hb de exame recente (g/dL)		
< 9	01	3,3
9 ├─ 10	06	20,0
10 ├─ 11	06	20,0
≥ 11	17	56,7
Palidez Palmar		
Sim	10	6,8
Não	136	93,2

* Não foram obtidas informações para a totalidade das crianças.

A palidez palmar foi identificada em apenas dez crianças, sendo que somente cinco delas haviam realizado exame recente, permitindo-se comprovar o diagnóstico clínico com dados laboratoriais. Houve comprovação da anemia em 60% dos casos, ou seja, três crianças com palidez palmar também apresentavam níveis de hemoglobina inferiores a 11g/dL.

Considerando a importância do diagnóstico da anemia no nível primário de atenção, a estratégia AIDPI indica a avaliação da palidez palmar para avaliar e classificar a anemia.[11] Entretanto, estudo que avaliou a utilidade da

Reme.indd 360 12/06/2008 09:38:01

palidez palmar na detecção da anemia em menores de 2 anos constatou que o sinal não era útil para detectar anemia, pois, em uma população com 43% de anêmicos, somente 5% apresentavam palidez palmar.[22] Certamente isso se deve ao fato de que a maioria das crianças apresentava anemia leve, dificultando a detecção com base no sinal clínico utilizado, da mesma forma que o verificado nesse estudo.

A Tabela 4 apresenta os dados relativos à morbidade. Constatou-se que 60,3% das crianças adoeceram nos últimos 15 dias que antecederam a entrevista. A febre foi referida por 22,7% dos entrevistados. Os sintomas relacionados aos problemas do trato respiratório foram responsáveis por 79,5% das queixas, enquanto os gastrintestinais representaram 20,5% dos principais sintomas referidos.

Esses resultados reiteram dados da Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição em relação à febre (21,8%) e aos sintomas do aparelho gastrintestinal (29,2%), porém não em relação aos sintomas do aparelho respiratório, que constituíram apenas 24% das queixas referidas.[23] É provável que a discrepância no que se refere aos problemas respiratórios relacione-se ao período sazonal em que se realizou a coleta dos dados desse estudo – inverno na cidade de São Paulo – e também ao fato de se tratar de crianças que freqüentam creches, onde os problemas respiratórios se destacam como os de maior prevalência. Revisão da literatura sobre freqüência a creches e sua associação com infecções respiratórias e diarréia revela que, apesar das diferenças de medidas e resultados desiguais, os estudos se mostraram consistentes no sentido de associar a freqüência à creche com maior risco da incidência dessas morbidades.[24]

TABELA 4 – DISTRIBUIÇÃO DAS CRIANÇAS SEGUNDO PRESENÇA DE MORBIDADE E SINTOMAS REFERIDOS NOS QUINZE DIAS ANTERIORES À ENTREVISTA

Morbidade referida e sintomas	n	%
Adoecimento nos últimos 15 dias		
Não	58	39,7
Sim	88	60,3
Sintomas*		
Febre	20	22,7
Do aparelho respiratório		
Tosse	18	20,4
Gripe	17	19,3
Bronquite	11	12,5
Resfriado/ garganta inflamada	10	11,4
Coriza	06	6,8
Pneumonia/ broncopneumonia/ otite	05	5,7
Sinusite/ peito cheio	03	3,4
Do aparelho gastrintestinal		
Diarréia	08	9,1
Vômito	07	8,0
Inapetência/ dor de barriga/ verme	03	3,4
Outros**	06	6,8

* Para cada criança foi referido mais de um sintoma.
** Compreendem alergia, problemas de pele e conjuntivite.

Estudo que avaliou o perfil de morbidade e sua relação com o estado nutricional de crianças menores de 2 anos, matriculadas em creches do município de São Paulo, constatou que as doenças respiratórias eram a primeira causa de adoecimento, seguidas das doenças diarréicas. A associação dos dados de morbidade com o estado nutricional mostrou que as crianças em risco de desnutrição apresentavam freqüência significativamente maior de episódios em relação às eutróficas ou com sobrepeso. Os autores concluem sobre a necessidade de intervenções mais dinâmicas e sistematizadas, baseadas em diagnósticos de saúde da realidade institucional, buscando maior equilíbrio entre as ações individuais e coletivas, bem como maior integração entre o projeto pedagógico e o de saúde.[25]

Os resultados encontrados indicam a importância de as unidades básicas de saúde planejarem o desenvolvimento de ações intersetoriais que articulem a execução de trabalho conjunto com os equipamentos sociais da área de abrangência, tais como creches e escolas. O projeto *Com Gosto de Saúde*, desenvolvido em escolas do município do Rio de Janeiro, mostra uma articulação do setor saúde com a educação, enfocando a alimentação/nutrição como componente fundamental para a promoção da saúde nas escolas.[26] Em Curitiba, a intersetorialidade tem sido apontada como uma importante estratégia para a sustentabilidade das políticas públicas de promoção da saúde no Movimento das Cidades Saudáveis.[27] Observa-se, dessa forma, a importância da articulação de ações intersetoriais no campo da saúde coletiva, com vista à promoção da saúde.[28,30]

Para Maranhão,[31] a enfermagem, cuja profissão tem como objeto de trabalho o cuidado, deve desenvolver ações conjuntas com os profissionais de educação de creches, tais como o acompanhamento do processo de crescimento e desenvolvimento das crianças, de forma a contribuir para o cuidado integral da saúde infantil.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desta pesquisa indicaram que a desnutrição não é um agravo prevalente entre as crianças da creche estudada. Entretanto, verificou-se a prevalência elevada de anemia e também de crianças que apresentaram morbidade nos 15 dias anteriores à entrevista, com destaque para os problemas respiratórios. Tais resultados indicam a urgência do desenvolvimento de ações intersetoriais, especialmente a articulação entre unidades básicas de saúde e creches localizadas na área de abrangência para a execução de trabalho conjunto.

O estudo destaca, portanto, a importância de os serviços de saúde e dos profissionais engajados na área da saúde coletiva priorizarem o trabalho conjunto com equipamentos sociais, no caso creches, para a efetivação de parcerias, fundamentais para a implementação do cuidado integral, redução dos agravos mais prevalentes e promoção da saúde infantil.

Ademais, a realização de estudos dessa natureza, além de identificar o perfil epidemiológico de crianças freqüentadoras de creches, permite caracterizar a saúde da criança extramuros, facilitando a atuação dos profissionais que trabalham na área da saúde da criança. Isso porque, para um planejamento adequado de ações intersetoriais,

Reme.indd 361 12/06/2008 09:38:02

é necessário conhecer o cenário e identificar a realidade de saúde e de vida das crianças, especialmente para que sejam reconhecidas as áreas prioritárias de atuação.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Global database on child growth and malnutrition. Geneva: World Health Organization; 1997.
2. Unicef. Situação Mundial da Infância 1998. Brasília: Unicef; 1998.
3. Monteiro CA, Conde WL. Tendência secular da desnutrição e da obesidade na infância na cidade de São Paulo (1994-1996). Rev Saúde Pública. 2000; 34 (Supl 6) 52-61.
4. Reichenheim ME, Harpham T. Perfil intracomunitário da deficiência nutricional: estudo de crianças abaixo de cinco anos numa comunidade de baixa renda do Rio de Janeiro. Rev Saúde Pública. 1990; 24(1): 69-79.
5. Santos LMP, Assis AMO, Baqueiro CM, Quaglia GMC, Morris SS, Barreto ML. Situação nutricional e alimentar de pré escolares no semi-árido da Bahia (Brasil): I. Avaliação antropométrica. Rev Saúde Pública. 1995; 29(6): 463-71.
6. Monteiro CA, Szarfarc SC, Mondini L. Tendência secular da anemia na infância na cidade de São Paulo (1984-1996). Rev Saúde Pública. 2000; 34 (Supl 6) 62-72.
7. Fujimori E, Rezende MA. Assistência/Cuidado à criança com problemas nutricionais. In: Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. Manual de Enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
9. Sousa FGM, Terra MG, Erdmann AL. Organização dos serviços de saúde na perspectiva da intersetorialidade: limites e possibilidades da prática integralizadora. OBJN 2005 dezembro; 4(3) [Citado em nov. 2007] Disponível em: http://www.uff.br/objnursing/ viewissue.php?id=2
10. Brasil. Ministério da Saúde. Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil: fundamentos e orientações para profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
11. Brasil. Ministério da Saúde (BR). Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância. Avaliar e classificar a criança doente de 2 meses a 5 anos de idade. Curso de Capacitação. Brasília: Ministério da Saúde; 1999.
12. World Health Organization (WHO). Iron deficiency anaemia. Assessment, preventing, and control. A guide for programme managers. Geneva: WHO; 2001. WHO/NHD/01.3
13. Moreira C. Erradicação da pobreza no mundo: uma avaliação das metas no limiar do ano 2000. Observatório da Cidadania 1999; n.3.
14. Monteiro MFG. Baixo peso ao nascer. In: Monteiro MFG, Cervini R. Perfil estatístico de crianças e mães no Brasil: aspectos de saúde e nutrição de crianças do Brasil, 1989. Rio de Janeiro: IBGE/UNICEF/ INAN; 1992. p.11-8.
15. São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Boletim da Coordenação de Epidemiologia e Informação das Subprefeituras. 2003. set.
16. BemFam. Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil. DHS. Programa de Pesquisa de Demografia e Saúde. Pesquisa Nacional sobre Saúde e Demografia 1996. Rio de Janeiro: Litografia Tucano; 1997.
17. Taddei JA, Cannon MJ, Warner L, Souza P, Vitalle S, Palma D, Nóbrega F. Nutritional gains of underprivileged children attending a day care center in S. Paulo City, Brazil: a nine month follow-up study. Rev Bras Epidemiol. 2000; 3(1-3): 29-37.
18. Bueno MB, Marchioni DML, Fisberg RM. Evolução nutricional de crianças atendidas em creches públicas no município de São Paulo, Brasil. Rev Panam Salud Pública. 2003; 14(3): 165-70.
19. Monteiro CA, Benício MHD, Iunes R, Gouveia NC, Taddei JAAC, Cardoso MAA. Endef e PNSN: para onde caminha o crescimento físico da criança brasileira? Cad Saúde Pública. 1993; 9 (Supl 1): 85-95.
20. Brunken GS, Guimarães LV, Fisberg M. Anemia em menores de três anos que freqüentam creches públicas em período integral. J Pediatr. (RJ). 2002; 78(1): 50-6.
21- Silva LSM, Giugliani ERJ, Aerts DRGC. Prevalência e determinantes de anemia em crianças de Porto Alegre, RS, Brasil. Rev Saúde Pública. 2001; 35(1): 66-73.
22. Ramos CA, Fujimori E, Montero RMJM, Minagawa AT, Oliveira IMV. Utilidade da palidez palmar na detecção da anemia em crianças menores de dois anos. Acta Paul Enferm. 2004; 17(1): 38-44.
23. Benício MHA, César CLG, Gouveia NC. Perfil de morbidade e padrão de utilização de serviços de saúde das crianças brasileiras menores de 5 anos - 1989. In: Monteiro MFG, Cervini R. Perfil estatístico de crianças e mães no Brasil: aspectos de saúde e nutrição de crianças do Brasil, 1989. Rio de Janeiro: IBGE/UNICEF/INAN; 1992. p. 61-78.
24. Barros AJD. Child-care attendance and common morbidity: evidence of association in the literature and questions of design. Rev Saúde Pública. 1999; 33(1): 98-106.
25. Prado SRLA, Sigulem DM, Juliano Y, Cury MCFS. Razão de risco de morbidade e estado nutricional em crianças de creche. Rev Paul Pediatr. 2002; 20(2): 84-9
26. Mald.nado LA, Castro IRR, Azevedo AMF, Lima EFP, Souza LP, Freire MC, Mendes SR. Avaliação do Projeto "Com Gosto de Saúde": uma iniciativa de promoção da saúde por meio da Educação Nutricional em Escolas. Saúde em Foco. 2002; 23: 105-17.
27. Moysés SJ, Moysés ST, Krempel MC. Avaliando o processo de construção de políticas de promoção da saúde: a experiência de Curitiba. Rev Ciência Saúde Coletiva. 2004; 9(3): 627-41.
28. Marin MJS, Santos SC, Gonçalves TM. O problema da má nutrição em face do planejamento estratégico simplificado em uma unidade de saúde da família. Reme Rev Min Enferm. 2006; 10(3): 213-7.
29. Nobre LCC. Trabalho de crianças e adolescentes: os desafios da intersetorialidade e o papel do Sistema Único de Saúde. Ciên Saúde Coletiva. 2003; 9(4): 963-71.
30. Paula KA, Palha PF, Protti ST. Intersetorialidade: uma vivência prática ou um desafio a ser conquistado. Interface – Comun Saúde Educ. 2004; 8(15): 331-48.
31. Maranhão DG. Reflexões sobre a participação dos profissionais de enfermagem nas creches. Acta Paul Enferm. 1999; 12(2): 35-46.

Data de submissão: 23/10/2007
Data de aprovação: 24/1/2008

Reme.indd 362 12/06/2008 09:38:02

RESULTADOS ALCANÇADOS COM A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA APÓS CINCO ANOS DE IMPLANTAÇÃO EM UMA CIDADE DO INTERIOR DE MINAS GERAIS

RESULTS AFTER 5 YEARS OF THE SETTING UP OF THE FAMILY HEALTH STRATEGY IN A SMALL PROVINCIAL TOWN IN THE STATE OF MINAS GERAIS, BRAZIL

RESULTADOS LOGRADOS CON LA ESTRATEGIA SALUD DE LA FAMILIA DESPUÉS DE 5 AÑOS DE IMPLANTACIÓN EN UNA CIUDAD DEL INTERIOR DE MINAS GERAIS

Helisamara Mota Guedes[1]
Luciana Duarte de Paula[2]
Adélia Yaeko K. Nakatani[3]
Aline de Barros Coelho[4]

RESUMO

Este trabalho refere-se à Estratégia Saúde da Família (ESF) na comunidade do Macuco, município de Timóteo-MG, constituída por famílias carentes, alvo permanente das políticas públicas. Constituiu-se em um estudo quantitativo, com coleta de dados realizada por meio do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) no período de janeiro a agosto de 1999 e o mesmo período em 2005. O objetivo foi comparar os resultados de ações de atenção básica relativos a dois momentos – antes e depois da implantação da ESF na Comunidade estudada. Pôde-se concluir que a ESF trouxe resultados satisfatórios no que tange às ações propostas pela estratégia.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Promoção da Saúde; Enfermagem; Saúde Pública; Programa Saúde da Família.

ABSTRACT

This research is into the Family Health Strategy in the community of Macuco, in the town of Timóteo, in the State of Minas Gerais, Brazil, involving poor families that are a constant target of public policies. It is a quantitative study and data were collected from the Basic Health Care Information System (SIAB), from January to August, 1999,and during the same months in 2005. The objective was to compare the results of basic health care during two periods – before and after the implementation of the Family Health Strategy in this community. We conclude that the Strategy has brought satisfactory results.

Key words: Primary Health Care; Health Promotion; Nursing; Public Health; Family Health Program

RESUMEN

El presente trabajo se refiere a la Estrategia Salud de la Familia (ESF) en la comunidad de Macuco, municipio de Timóteo (MG), constituida por familias carentes, objeto permanente de las políticas públicas. Se trata de un estudio cuantitativo, con recogida de datos realizada a través del Sistema de Información de la Atención Básica (SIAB) entre enero y agosto de 1999 y durante el mismo periodo de 2005. Su objetivo ha sido comparar los resultados de acciones de atención básica relativos a los dos momentos: antes y después de la implantación de la ESF en la comunidad estudiada. Se llega a la conclusión de que los resultados de las acciones propuestas por la ESF han sido satisfactorios.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud; Promoción de la Salud; Enfermería; Salud Publica; Programa Salu de la Familia.

[1]Enfermeira. Professora do Centro Universitário do Leste de Minas Gerais. Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Goiás. Goiás, Brasil.
[2]Acadêmica do 8º período de Enfermagem do Centro Universitário do Leste de Minas Gerias. Minas Gerais, Brasil.
[3]Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás-UFG. Goiás, Brasil.
[4]Enfermeira. Professora do Centro Universitário do Leste de Minas Gerais. Pós-graduanda em Enfermagem do Trabalho. Minas Gerais, Brasil.
Endereço para correspondência: Avenida Jorge Dias Duarte, nº 214, bairro Ana Rita, Timóteo-MG, Brasil – CEP: 35180000.
E-mail: helisamaraguedes@yahoo.com.br

Reme.indd 363 12/06/2008 09:38:02

INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) incorpora e reafirma os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS) – universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade – e está estruturada com base na Unidade Básica de Saúde da Família.[1] A ESF foi criada para inverter o modelo hospitalocêntrico de saúde, voltado basicamente para a doença, constituindo o norte que direciona os usuários a procurar a assistência à saúde.[2]

Assim, a ESF busca reverter essa lógica, tendo como prioridade ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, perpassando um novo conceito que abarque vários outros fatores, como condições de vida, moradia, emprego, água tratada, saneamento, acesso ao serviço de saúde e fator socioeconômico. Baseando-se nessa nova concepção, entende-se que é possível reduzir o processo doença-cura se as condições de vida da população melhorarem.[1]

A Constituição de 1988[3] foi um grande avanço no que diz respeito à saúde no Brasil, visto que determinou a descentralização das ações e o arcabouço jurídico-institucional do sistema de saúde brasileiro, o Sistema Único de Saúde (SUS).A partir dessa importante decisão no que tange às reformas sociais, a saúde passou a ser assumida por vários níveis de administração governamental – o federal, o municipal e o estadual –, organizados em serviços públicos, privados sem fins lucrativos e privados lucrativos.[4] De acordo com a Lei nº 8.080/90,[5] conhecida como a Lei Orgânica da Saúde, têm-se definidas as atribuições de cada esfera de governo no que diz respeito à gestão e às competências.[6]

A política de descentralização é um processo que envolve a transferência de decisões e responsabilidades em relação às políticas de saúde pública no País, e não, simplesmente, um programa de transferência de recursos do governo federal para as outras instâncias.[7]

Além disso, a hierarquização e a regionalização dos serviços de saúde possuem papéis essenciais para o processo de descentralização, uma vez que constituem importante instrumento para o processo de planejamento de ações e serviços de saúde, facilitando o conhecimento das necessidades e serviços. A partir desses novos parâmetros, constata-se avanço, uma vez que as particularidades e as distintas características de cada região são devidamente consideradas, culminando, sobretudo, em práticas de saúde em consonância com as reais necessidades ou problemas de saúde da população.[6]

Nessa ótica, teríamos como núcleo central a saúde como um dos elementos da cidadania, um direito de promoção das pessoas – e não apenas uma perspectiva de curar/evitar doença, mas de ter uma vida saudável, como direito a benefícios que fazem parte da vida e, conseqüentemente, melhor qualidade de vida.[8]

Caminhando junto com a descentralização, em junho de 1991 houve a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), como estratégia para a inversão do modelo de saúde praticado, cuja atenção estava voltada para a doença, ignorando os agentes causais.[2] Em janeiro de 1994, foram constituídas as primeiras equipes de Saúde da Família, incorporando e ampliando a atuação dos agentes.[1] Essa equipe multidisciplinar é formada por um médico, um enfermeiro, um ou dois auxiliares de enfermagem, seis a dez agentes comunitários de saúde, com uma população-alvo entre 600 a 1 000 famílias.[3]

O ESF entra nesse contexto como uma estratégia para a estruturação de sistemas municipais de saúde, funcionando, nestes casos, como principal porta de entrada do sistema, articulado com os demais níveis de atenção.[9] Tem como finalidade a reorganização do modelo assistencial, com o fortalecimento da atenção à saúde, a ênfase na integralidade da assistência, o tratamento ao indivíduo como ser integral, ligado à família, ao domicílio e à comunidade, o fortalecimento da rede básica de atenção, a vinculação dos profissionais e serviços com a comunidade e a perspectiva de promover uma ação intersetorial.[1]

A Estratégia de Saúde da Família, por meio das Unidades de Saúde da Família (USFs) é responsável por toda a Atenção Básica das comunidades de acordo com as responsabilidades definidas na Norma Operacional Básica à Assistência à Saúde (NOAS).[10] Essa norma amplia as funções do município na Atenção Básica, define o processo de regionalização da assistência, fortalece a gestão do SUS por meio de mecanismos e mantém atualizados os critérios de habilitação para municípios e Estados. Segundo a NOAS, as principais responsabilidades da Atenção Básica que devem ser executadas pelas Equipes de Saúde da Família nas áreas prioritárias são ações de saúde da criança, ações de saúde da mulher, controle da hipertensão, controle do diabetes *mellitus*, eliminação da tuberculose e hanseníase e ainda saúde bucal.[2]

A ETF contribui para a redução da mortalidade infantil e para a melhoria da qualidade da assistência a gestantes.[11] Permite melhorar a qualidade e a regularidade do atendimento, a definição das grandes políticas e campanhas de saúde. Além disso, proporciona a elaboração das ações nos níveis locais, promovendo maior humanização das relações entre profissionais/usuários e, conseqüentemente, a difusão das informações, visto que esse é um dos principais problemas dos setores mais pobres da população na área da saúde.[3]

A ESF tem ampliado os resultados positivos no que diz respeito aos indicadores de saúde dos indivíduos/famílias/comunidades pelas equipes cuidadoras.[12] Já em 2005 contabilizava mais de 24.600 equipes em todo o País, presentes em 90% dos municípios de todos os Estados, atendendo a 78,6 milhões de pessoas, o que representa uma cobertura populacional de 44,4%.[13]

Reme.indd 364 12/06/2008 09:38:02

A ESF vem sendo considerada por alguns gestores, técnicos e conselheiros como um dos responsáveis por inovações e pelo resultado favorável com a política de descentralização, culminando em melhorias no acesso e na integralidade do sistema municipal. Em algumas regiões, houve discreta diminuição das internações hospitalares relacionada à efetividade da rede básica.[14]

Contudo, as experiências de implantação da ESF em grandes cidades, segundo um relatório da análise da reestruturação de modelos assistências do Ministério da Saúde, trazem duas revelações interessantes: ainda que tenha havido, inicialmente, um impacto desfavorável, fruto da canalização da demanda antes não atendida, também é verdade que, após a estabilização, tem se verificado uma redução dessas novas necessidades. Implica, portanto, dizer que houve ganho de resolutividade na Atenção Básica, maior racionalização no acesso a rede de serviços e melhoria das condições de saúde da população.[15]

Segundo o relatório acima referido, a mera adesão a ESF, ou as estratégias similares de Atenção Básica, não garante, por si só, o sucesso da reorganização da rede, bem como a melhoria das condições de gestão e a gerência do Sistema Único de Saúde (SUS), em sua expressão local. Portanto, é preciso levar em conta a especificidade de cada região/município (entre as quais se inclui o processo histórico de constituição daquela rede e suas particularidades próprias de organização), a oferta de serviços próprios ou conveniados e ainda as determinações oriundas do próprio espaço urbano. Nesse contexto, destacam-se os fluxos de transporte, as expectativas assistenciais e as características médico-culturais da população, os vínculos preestabelecidos dos usuários com unidades e equipes do modelo tradicional e seus padrões prévios de acesso aos serviços médicos.[15]

Considera-se um desafio estabelecer esse tipo de mudança, uma vez que a população em geral, além de desconhecer os benefícios que essa estratégia pode trazer, está culturalmente enquadrada no antigo modelo, centrado na doença.[2]

Nesse sentido, um grande desafio colocado para a reorganização da Atenção Básica, em consonância com os princípios da ESF, consiste no fortalecimento e na consolidação como principal porta de entrada no sistema, ofertando ações de qualidade, com vista à promoção e à assistência à saúde. Portanto, torna-se fundamental fortalecer o trabalho das equipes que atuam em todo o País e expandir as estratégias, principalmente nos grandes centros urbanos. Nas áreas de maior concentração populacional, a heterogeneidade das condições econômico-sociais reflete-se, sobretudo, no desigual acesso e utilização dos serviços de saúde. Existem limitações quanto à qualidade e à capacidade de respostas dos serviços.[15]

Sua implantação requer a reorganização dos serviços com a definição de metas graduais que se incrementam a cada ano, até atingir coberturas que permitam modificar os indicadores de saúde e que se ajustem às realidades e às necessidades de cada serviço e localidade. A implantação da estratégia de Saúde da Família ocorre prioritariamente em locais mais necessitados de atenção básica, geralmente em periferias onde estes serviços são mais precários e onde as pessoas, em sua maioria, são pouco informadas com relação à saúde[2]. Vale ressaltar que a implantação da ESF apresenta, ainda, relevância do ponto vista social, no que tange aos resultados alcançados na comunidade e às medidas adotadas que proporcionam melhoria das condições de vida.

Vale destacar que a enfermagem utiliza saberes a fim de apreender o objeto da saúde do ponto de vista do cuidado de enfermagem, com o objetivo de promover saúde, prevenir doenças e recuperar o indivíduo, que é exatamente a proposta da ESF.[16] Contribui nesse sentido mediante a criação de inúmeras oportunidades de melhorar as práticas das Unidades/Equipes de Saúde da Família, propondo, dessa forma, a ampliação e a qualificação destas em todo o território nacional.[12]

Nesse contexto insere-se a comunidade do Macuco, situada em uma área periférica do município de Timóteo-MG, com população média de 2.794 habitantes[17] e que, segundo informações da Secretaria de Assistência Social, é constituída por famílias carentes, alvo permanente das políticas públicas, por tratar-se de uma região marcada por baixo nível de escolaridade, baixa renda *per capita*, alto índice de desemprego e de violência familiar, de gravidez precoce e de exposição ao consumo de drogas.

O objetivo geral com esta pesquisa foi comparar os resultados de ações de atenção básica relativos a dois momentos: antes e depois da implantação do ESF na Comunidade do Macuco, Timóteo-MG.

MATERIAL E MÉTODO

Estudo descritivo, documental, com abordagem quantitativa, referente à Unidade de Saúde PSF/Macuco, situada em uma área periférica do município de Timóteo, que possuía, até o levantamento de 2005, 2.794 moradores, contendo 748 famílias cadastradas. A área de abrangência era constituída por quatro bairros: Licuri, Celeste, Macuco e Limoeiro Velho.

Os dados foram coletados por meio do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) adquiridos no Departamento de Controle e Regulação da Secretaria Municipal de Saúde de Timóteo. O período selecionado para as amostras comparativas foi: janeiro a agosto de 1999 e o mesmo período do ano de 2005.

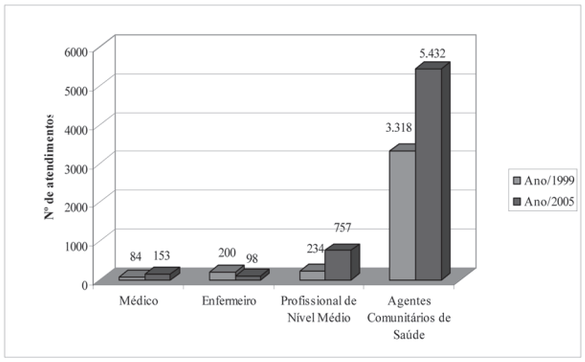
Os dados foram analisados por meio da estatística descritiva, utilizando o programa software Excel.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram realizadas análises comparativas entre o número de ações desenvolvidas no período de 1999 e 2005. Vale ressaltar que a ESF, na área de abrangência em estudo, foi implantada em 1998, sendo as ações sistematizadas por meio do SIAB somente no ano de 1999. Portanto, espera-se que os números encontrados nesse período façam referência ao início da mudança de modelo assistencial, não constituindo em mudanças significativas do ponto de vista antes praticado.

Reme.indd 365 12/06/2008 09:38:02

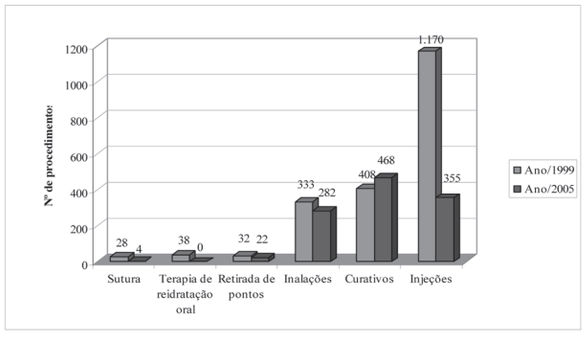
GRÁFICO 1 – NÚMERO DE VISITAS DOMICILIARES POR PROFISSIONAL



Pelos dados obtidos no Gráfico 1, foi possível observar que as visitas domiciliares realizadas pelos membros da equipe, de modo geral, aumentaram, sendo que as visitas médicas cresceram de 84 para 153 (45,09%), as visitas de profissional de nível médio de 234 para 757 (69,08%), agentes comunitários de saúde (ACSs) de 3.348 para 5.432 (38,91%). Em contrapartida, as visitas do enfermeiro caíram de 200 para 98, correspondendo a uma queda de 51%.

Associa-se o aumento das visitas à estruturação da equipe na ESF. Isso representa resultado satisfatório, pois as visitas reforçam maior humanização profissional/usuário, permitindo melhor difusão das informações e conseqüente promoção da saúde, o que reforça os objetivos da ESF, em que o tratamento do indivíduo deve estar vinculado à família, ao domicílio e à comunidade, promovendo, assim, ações intersetoriais.[2] Já o decréscimo de visitas domiciliares por parte do enfermeiro pode estar associado ao número crescente de enfermeiros assumindo a função de gerente/direção das Unidades Básicas de Saúde, o que lhes permite ocupar posições estratégicas no processo de tomada de decisões e responder pela formulação e implementação das políticas de saúde em âmbito local,[18] permanecendo boa parte do tempo na unidade de saúde.

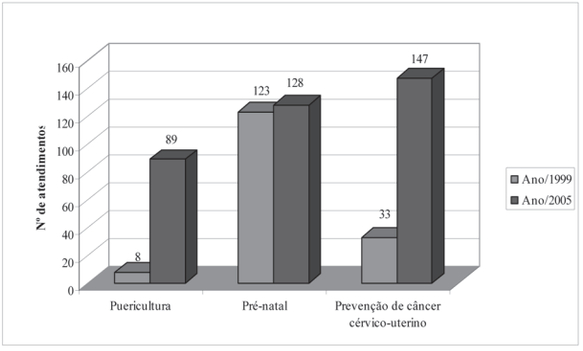
GRÁFICO 2 – NÚMERO DE PROCEDIMENTOS REALIZADOS



Com relação à quantidade de procedimentos desenvolvidos no período estudado, observa-se, no Gráfico 2, que o número de curativos aumentou de 408 para 468 (12,82%). Esse fato pode estar relacionado ao papel do agente comunitário de saúde (ACS) que, por meio da criação de vínculo com a comunidade, proporciona maior facilidade de acesso ao serviço de saúde. O trabalho do ACS é pautado em ações que aumentam o vínculo do sistema de saúde com a comunidade e o encaminhamento delas às unidades de saúde.[19]

O número de inalações diminuiu de 332 para 202 (15,31%), a quantidade de injeções teve uma queda de 1.170 para 355 (69,65%), o número de suturas de 20 para 4 (85,71%) e a retirada de pontos de 32 para 22 (31,25 %). Esse resultado é considerado positivo, pois indica uma reorientação das práticas de saúde, nas quais a prevenção e o diagnóstico precoce se mostram eficazes para reduzir as ações curativas. A ESF pretende oferecer uma atuação centrada nos princípios da vigilância da saúde, devendo ofertar prioritariamente assistência promocional e preventiva sem, contudo descuidar da atenção curativa e reabilitadora.[20,21]

GRÁFICO 3 – NÚMERO DE ATENDIMENTOS DE PUERICULTURA/PRÉ-NATAL E PREVENÇÃO DE CÂNCER CÉRVICO-UTERINO



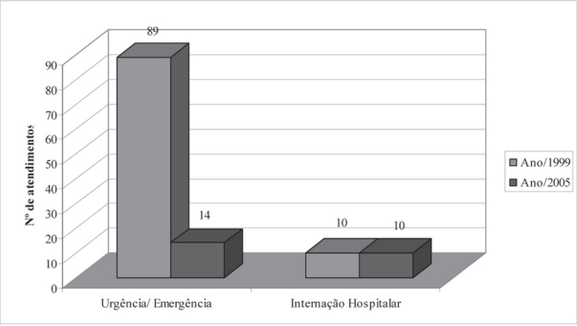
Dentre as ações de saúde cabe ressaltar, conforme o Gráfico 3, o número de consultas de puericultura que aumentou de 8 para 89 (91,01%), assim como o acompanhamento clínico-ginecológico, de 33 para 147 consultas (77,55%), resultados considerados positivos diante da proposta de ESF.

As consultas de pré-natal tiveram um aumento de 123 para 128 (3,9%), fator considerado estável em relação ao período anterior, que necessita de avanços, visto que, em conformidade com o manual de normas técnicas para a assistência pré-natal do Ministério da Saúde, no item descrição do nível de execução do profissional médico está preconizada que a realização da consulta pré-natal pode ser intercalada com a enfermeira[22], fator que amplia a possibilidade de atendimento.

O exame preventivo do câncer de colo do útero cresceu satisfatoriamente em 77,55%, permitindo, assim, diagnóstico na fase inicial, quando o tratamento possui de baixo custo com elevado percentual de cura.[23]

Reme.indd 366 12/06/2008 09:38:02

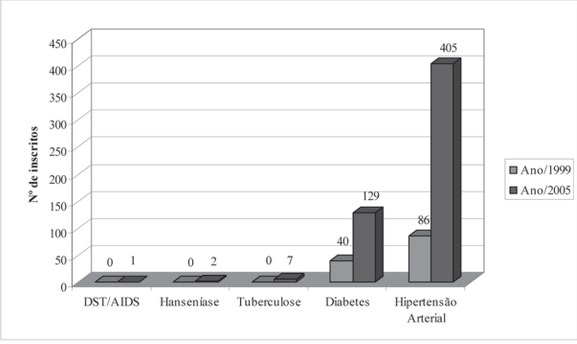
GRÁFICO 4 – NÚMERO DE ATENDIMENTOS URGÊNCIA/EMERGÊNCIA E INTERNAÇÃO HOSPITALAR



Como mostra o Gráfico 4, o número de internações hospitalares em 2005 diminuiu de 89 para 14 (84,26%) em relação a 1999. Esse resultado traduz um grande avanço no que diz respeito à promoção de saúde, pois quando o serviço de promoção e prevenção é realizado com eficiência no nível de atenção básica, há uma tendência natural de diminuir os agravos da saúde. O acompanhamento e o controle das doenças, no âmbito da atenção básica, evitam o agravamento dessas patologias e o surgimento de complicações, reduzindo o número de internações hospitalares.[24]

Já os atendimentos de urgência não apresentaram nenhuma mudança em relação ao período anterior.

GRÁFICO 5 – INDIVÍDUOS INSCRITOS NOS PROGRAMAS



O quadro de indivíduos com hipertensão e diabetes, segundo o Gráfico 5, aumentou com um crescimento no número de hipertensos de 86 para 405 (78,76%) e o número de diabéticos de 40 para 120 (68,99%).

Esse quadro ampliou-se em decorrência de maior atuação da atenção básica, visto que o manejo do diabetes *mellitus* e da hipertensão arterial deve ser feito de acordo com um sistema hierarquizado de saúde, sendo sua base o nível primário de atendimento,[25] possibilitando diagnóstico precoce de maior número de casos.

Os resultados mostram, ainda, que em 1999 não havia registros de indivíduos inscritos com casos de DST/aids, hanseníase e tuberculose. Já em 2005 havia um indivíduo inscrito no programa DST/aids, dois no de hanseníase e sete no de tuberculose. O fato de a demanda ter aumentado não significa que as pessoas estão adoecendo mais; pelo contrário, significa que, além de estarem procurando mais os serviços de saúde, a busca ativa de casos está mais eficaz. As pessoas que antes não recebiam tratamento agora são acompanhadas e tratadas adequadamente. É importante ressaltar, ainda, que os programas de DST/aids, tuberculose e hanseníase são centralizados, portanto não são realizados pela equipe local, mas cabe a esta, além de buscar novos casos, acompanhar o indivíduo em tratamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No processo de transformação do modelo assistencial, a inclusão da família como foco de atenção básica, ultrapassando o cuidado individualizado focado na doença, pode ser ressaltada como progressos da Atenção à Saúde e como contribuição da ESF para modificar o modelo biomédico de cuidado em saúde.

A pesquisa mostrou resultados satisfatórios no que tange a indicadores de saúde de uma comunidade em relação à implantação da ESF. Resultados concretos, demonstrados estatisticamente, revelam que a saúde da comunidade melhorou, diminuindo consideravelmente o número de internações hospitalares, o número de ações de saúde da mulher e da criança, a busca ativa de casos, a adesão aos programas de hipertensão, diabetes, hanseníase, tuberculose e DST/aids, bem como a atuação da equipe na prevenção de doenças e promoção da saúde aumentou.

Portanto, torna-se necessário oferecer atenção especial para a implantação das equipes do ESF nos municípios, qualificando os profissionais e ampliando a possibilidade de atenção preventiva, visando ao atendimento integral aos indivíduos.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Família. [Citado em 15 maio 2005]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/saude.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Guia Prático do PSF. [Citado em 20 fev. 2006] Disponível em: http://dtr2002.saude.gov.br
3. Brasil. Senado Federal. Constituição da Republica Federativa do Brasil: texto promulgado em 05 de outubro de 1918. Brasília: Secretaria de Editoração e publicações. Subsecretaria de edições técnicas; 2006.
4. Cohn A, Elias PA. Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços. São Paulo: Cortez; 2003.
5. Brasil. Senado Federal. Lei 8080 de 19/09/1990. [Citado em 19 set. 1990]. Disponível em http://www.saude.inf.br/legisl/lei8080.htm .
6. Carvalho GI, Santos L. Sistema Único de Saúde: comentários à lei orgânica da saúde. São Paulo: Editora da Unicamp; 2002.
7. Negri B. A Política de Saúde no Brasil nos anos 90: avanços e limites. Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde; 2002.
8. Peres EM. A estratégia Saúde da Família e sua ajuda na consolidação do SUS. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2002; 6(1): 115-24.
9. Brasil. Ministério da Saúde. 11ª Conferencia Nacional de Saúde: relatório final. Brasília(DF): Ministério da Saúde; 2003.
10. Brasil. Ministério da Saúde. NOAS – Normas Operacionais de Assistência à Saúde. 2001. [Citado em 26 Jan 2001]. Disponível em: http://www.sespa.pa.gov.br/sus/
11. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Família atende a 55 milhões de pessoas. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.
12. Sousa MF. Enfermeiros do PSF: acumulam o capital de Esperança. Nursing (São Paulo). 2003; 64 (6): 35-8.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção básica. [Citado em 26 maio 2004]. Disponível em http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica
14. Conill EM. Políticas de Atenção Primária e Reformas Sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do PSF em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. Cad Saúde Pública. 2002; 18 (supl.): 191-202.

Reme.indd 367 12/06/2008 09:38:03

15. Brasil. Ministério da Saúde. Análise de reestruturação dos modelos assistenciais de saúde em grandes cidades: Padrões de Custo e formas de financiamento. Brasília(DF): Editora Ministério da Saúde; 2002.
16. Chiesa AM. A promoção da saúde como eixo estruturante do trabalho de Enfermagem no Programa de Saúde da Família. Nursing (São Paulo). 2003; 64(6): 44-6.
17. Timoteo. Prefeitura Municipal. Secretaria de Assistência Social. Departamento de Controle e Regulação. Macuco. Timoteo: Prefeitura Municipal de Timoteo; 2006.
18. Joanir PP. O enfermeiro no contexto organizacional das ações programáticas em saúde. Enfermeria Global. 2006; (9): 00-07. [Citado em 20 fev. 2007] Disponível em: http://www.um.es/ojs/index.php/eglobal/9/09d05p.html
19. Solla JJSP, Medina MG, Dantas MBP. O PACS na Bahia: avaliação do trabalho dos agentes comunitários de saúde. Saúde em Debate. 1996; 51: 4-15.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília(DF): Ministério da Saúde; 1997.
21. Santana ML, Carmagnani MI. Programa Saúde da Família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. Saúde Sociedade. 2001; 10(1): 33-53.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Assistência pré-natal: manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
23. Brenna SMF, Hardy EE, Zeferino LC, Namura I. Conhecimento, atitude e prática do exame de Papanicolaou em mulheres com câncer de colo uterino. Cad Saúde Pública. 2001; 17:909-14.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. Brazilian national strategy for the Reorganization of Care for Arterial Hypertension and Diabetes Mellitus: the experience of diabetes mass screening. Rev Saúde Pública. 2001; 35: 490-3.
25. Assunção MCF, Santos IS, Gigante PD. Atenção primária em diabetes no Sul do Brasil: estrutura, processo e resultado. Rev Saúde Pública. 2001; 35: 88-95.

Data de submissão: 13/9/2007
Data de aprovação: 1º/4/2008

Reme.indd 368 12/06/2008 09:38:03

CARACTERISTICAS DOS RISCOS PARA QUEDAS ENTRE IDOSOS DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA*

CHARACTERISTICS OF FALL RISKS AMONG THE ELDERLY IN A FAMILY HEALTH UNIT

CARACTERÍSTICAS DE LOS RIESGOS DE CAÍDAS PARA ANCIANOS DE UNA UNIDAD DE SALUD DE LA FAMILIA

Maria José Sanches Marin[1]
Nadia Cecília Castilh[2]
Joice Mayumi Myazato[2]
Pamela Cristine Ribeiro[2]
Darlene Vieira Candido[2]

RESUMO
As quedas entre os idosos representam um importante problema de saúde pública, tendo em vista sua contribuição para a morbidade e a mortalidade dessa população. Considerando que elas são passíveis de prevenção e que, ao adotar medidas de intervenção, o reconhecimento da situação é um aspecto importante, neste estudo propõe-se caracterizar os riscos para quedas entre idosos que pertencem à área de abrangência de uma Unidade de Saúde da Família (USF). O estudo foi realizado com 65,3% da população de idosos da área n= 301, a coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas no próprio domicílio do idoso, utilizando um instrumento contendo questões referentes aos fatores de risco intrínsecos e extrínsecos para quedas, além do "Miniexame do estado mental" (MEEN) e do instrumento Performance Oriented Mobility Assessment (POMA). Os idosos que participaram do estudo assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Medicina de Marília. Os resultados apontam para o maior número de mulheres 186 (61,8%) expostas aos fatores de risco. Os idosos apresentam riscos intrínsecos, como a inatividade, múltiplas patologias, uso de vários medicamentos, insônia, equilíbrio e marcha prejudicados, e extrínsecos, com destaque para o piso escorregadio, a presença de escadas/degraus e calçados inadequados para a idade. Nesse contexto, considera-se a necessidade de ações individuais e coletivas envolvendo a atuação interdisciplinar e intersetorial, o que representa um desafio diante do atual modelo de atenção.
Palavras-chave: Acidentes por Quedas; Saúde do Idoso; Fatores de Risco; Medicina de Família e Comunidade. Programa Saúde da Familia

ABSTRACT
Falls of the elderly represent an important health problem, which contribute to morbidity and mortality. These accidents can be prevented mainly by intervention, such as recognizing the situation. This research aims at characterizing the risk of falls among the elderly in a Family Health Unit (FHU) area. This study has been carried out with 65.3% of the elderly population in the area, n=301. The data was collected through interviews at the home of the elderly, using an instrument with questions referring to the intrinsic and extrinsic risk factors for falls, as well as the Mini Mental State Examination (MMSE) and the POMA instrument (Performance Oriented Mobility Assessment). The elderly who have taken part on this study have signed a free informed consent approved by the Human Research Ethics Committee from the School of Medicine of Marília. The results show that a greater number of women, 186 (61.8%), are exposed to risk factors. The elderly have inherent risks, such as inactivity, various pathologies, use of several drugs, insomnia, handicapped balance and walking; outstanding extrinsic risks for falls by the elderly are slippery floors, steps, and shoes that are inappropriate for their age. In this context, individual and collective actions are necessary: they must be multidisciplinary and multisectional. This is a challenge to the current care pattern..
Key words: Accidental Falls; Elderly Health; Risk Factors; Family Practice. Family Health Program

RESUMEN
Las caídas de los ancianos son un serio problema para la salud pública debido a la incidencia en su morbidad y mortalidad. Considerando que pueden prevenirse si se adoptan medidas de intervención, el reconocerlo es un aspecto importante. En este estudio la propuesta es caracterizar los riesgos para las caídas de los ancianos incluidos en el área de alcance de una unidad de salud de la familia (USF). El estudio fue realizado con el 65,3% de la población de ancianos del área n= 301, la recogida de datos se efectuó mediante entrevistas en sus domicilios, utilizando un instrumento con preguntas sobre los factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos para caídas, además del Examen Mínimo del Estado Mental (EMEM) y del instrumento Performance Oriented Mobility Assessment (POMA). Los ancianos que participaron firmaron el Término de Consentimiento Informado, aprobado por el Comité de Ética e Investigación con Seres Humanos de la Facultad de Medicina de Marília. Los resultados señalan que el número de mujeres, 186 (61,8%), expuestas a los factores de riesgo es superior al de los varones. Los ancianos presentan riesgos intrínsecos tales como inactividad, múltiples patologías, uso de varios medicamentos, insomnio, falta de equilibrio y poca estabilidad para caminar al igual que riesgos extrínsecos principalmente suelos resbalosos, peldaños y escaleras, calzado inadecuado pera su edad, entre otros. Dentro de este contexto, se considera la necesidad de tomar medidas individuales y colectivas que incluyan la actuación interdisciplinaria e intersectorial, todo un reto para el modelo de atención actual.
Palabras clave: Accidentes por Caídas; Salud del Anciano; Factores de Riesgo; Medicina Familiar y Comunitaria. Programa Salud de la Familia

* Parte do projeto "Os idosos precisam de cuidados especiais: uma proposta de planejamento em Programa de Saúde da Família, financiado pela FAPESP" – Processo: 06/54664-3.
[1] Enfermeira. Doutora. Aluna do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, em Nível de Pós Doutorado da Universidade Federal de São Paulo e Docente da Disciplina de Enfermagem em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina de Marília. São Paulo, Brasil.
[2] Alunas do Curso de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Marília. São Paulo, Brasil.
Endereço para correspondência: Av. Brigadeiro Eduardo Gomes nº 1886, Jardim Itamaraty, Marília-SP, Brasil – CEP: 17514-000.
Fone: 0xx14-34138874.

Reme.indd 369 12/06/2008 09:38:03

INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento é uma realidade sem retrocesso e que preocupa países do mundo todo. A população de idosos que, em 1950, era de 8%, em 2000 passou para 10% e a projeção para 2050 é de 21% de idosos entre a população geral. A população idosa mundial cresce 2% ao ano, índice consideravelmente mais alto do que o da população de jovens. No Brasil, a expectativa de vida subiu para 71,3 anos em 2003. Foi um aumento de 0,8 anos em relação à de 2000 (70,5 anos).[1,2]

As pessoas envelhecidas, mesmo as que não possuem doenças, debilitam-se paulatinamente, dadas as alterações fisiológicas que acontecem com o avanço da idade e limitam as funções do organismo, tornando-as cada vez mais predispostas à dependência para a realização do autocuidado, à perda da autonomia e da qualidade de vida.

Entre os fatores que têm contribuído para agravar as condições de saúde e de vida da população idosa, destacam-se as quedas, que constituem a primeira causa de acidentes em pessoas com mais de 60 anos.[3] Comumente, as quedas acontecem com os idosos em decorrência de alterações fisiológicas do próprio envelhecimento, da presença de doenças, com conseqüente uso de medicamentos diversos, e dos fatores ambientais, como escadas, tapetes, piso escorregadio e uso de calçados inadequados, cujos riscos tendem a ser ignorados tanto pelos idosos quanto pelos familiares.[4]

Chama a atenção o fato de as quedas serem um marcador para o surgimento de outros problemas, não podendo ser vistas de forma independente ou isolada, mas, sim, como uma situação que deve ser investigada na sua multiplicidade.

Estudos comprovam que, no período de um ano, pelo menos um terço de dada população idosa sofrerá quedas, cujas conseqüências recebem Classificação[5] em leves (lacerações sem suturas e escoriações), moderadas (lacerações com suturas) e graves (diversos tipos de fraturas), podendo levar o idoso à incapacidade severa e até à morte.[6] Os estudos mostram, ainda, que 10% a 15% dos idosos apresentam lesões significativas após as quedas.[7]

Dados semelhantes foram encontrados na Espanha. Ao estudar-se uma amostra estratificada de 362 pessoas acima de 70 anos, 31,78% deles haviam sofrido quedas no último ano, sendo que 13% sofreram mais de uma queda no mesmo período; 71,8% tiveram conseqüências físicas; 22%, limitação nas atividades após a queda; e 3,3% necessitaram de hospitalização.[8]

Outro estudo epidemiológico realizado em 11 regiões da Itália com a finalidade de estimar a prevalência de quedas entre os idosos mostrou que 43,1% tinham caído duas ou mais vezes no período de um ano e 60% deles sofreram quedas no próprio domicílio.[6]

Apesar de as quedas contribuírem para o aumento da morbidade e da mortalidade entre os idosos, elas são passíveis de prevenção, o que representa grande desafio para os profissionais de saúde na formulação e implementação das ações de saúde e para a sociedade de maneira geral.

Nesse contexto, o Programa de Saúde da Família (PSF) – que vem sendo implantado em todo o território nacional com a finalidade de mudar o atendimento da lógica centrada na doença e na queixa principal para um modelo de vigilância à saúde, visando à promoção, à prevenção, ao tratamento e à reabilitação, considerando um território adscrito, o vínculo e a responsabilização – pode representar um espaço estratégico para conhecimento da realidade dessas pessoas e o estabelecimento de medidas capazes de reduzir os riscos e danos que tal parcela da população possa sofrer.

Entendemos que, para isso, é necessária a busca ativa de situações que possam estar contribuindo para tal agravamento. Portanto, propõe-se neste estudo caracterizar os riscos para quedas entre idosos que pertencem à área de abrangência de um PSF da cidade de Marília, interior do Estado de São Paulo, visando ao estabelecimento de ações individuais e coletivas na busca da melhoria da qualidade de vida dessa população.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caráter descritivo, realizado com idosos residentes na área de abrangência de uma Unidade de Saúde da Família (USF) localizada na região central da cidade de Marília. Tal unidade conta, atualmente, com 1.012 famílias cadastradas, num total de 4.256 pessoas, sendo que 461 delas se encontram na faixa etária acima dos 60 anos, considerados como idosos de acordo com critérios adotados pelo Estatuto do Idoso.

A população de referência foi constituída pelo universo de idosos residentes na área citada (n=461). A identificação se deu por meio do cadastro ACS. Participaram do estudo, efetivamente, 301 (65,3%) idosos, sendo que 96 (20,6%) recusaram-se a participar, 61 (13,2%) não foram encontrados no domicílio após a segunda visita e três apresentavam problemas mentais e encontravam-se sozinhos no domicílio.

Para a coleta de dados, utilizou-se um instrumento contendo os fatores de risco intrínsecos (sexo, idade, escolaridade, com quem mora, grau de dependência, diagnóstico médico, medicamentos que utiliza, sinais e sintomas que predispõem à queda, estado mental, estado emocional, grau de dependência, equilíbrio e marcha) e extrínsecos (presença de piso escorregadio, tapetes soltos, iluminação inadequada, entulhos, escadas, armários e interruptores fora do alcance e uso de calçados inadequados).[9,10]

A capacidade cognitiva dos idosos foi avaliada por meio do "Miniexame do estado mental" (MEEM) de Folstein, padronizado para a população brasileira.[11] O equilíbrio e a marcha foram verificados com a utilização do instrumento Performance Oriented Mobility Assessment (POMA), adaptado culturalmente para o Brasil.[12]

Para realização do estudo houve autorização do Secretário da Saúde do Município e da equipe de saúde da unidade. Participaram os idosos que, após receberem os esclarecimentos, estavam de acordo e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, aprovado pelo comitê de ética e pesquisa com seres humanos da Faculdade de Medicina de Marília.

A coleta de dados foi realizada no domicílio dos idosos, por estudantes da segunda e da terceira série dos cursos de Enfermagem e Medicina da Faculdade de Medicina de Marília,

Reme.indd 370 12/06/2008 09:38:03

RESULTADOS

Características sociodemográficas

TABELA 1 – DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS ENTREVISTADOS DE ACORDO COM A CARACTERIZAÇÃO SÓCIODEMOGRÁFICA. MARÍLIA, 2007

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	Feminino		Masculino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Faixa etária						
60-69 anos	74	24,5	55	18,20	129	42,9
70-79 anos	76	25,2	43	14,2	119	39,5
80-89 anos	28	9,3	17	4,6	43	14,3
>= 90 anos	08	2,6	02	0,6	10	3,3
Total	186	61,8	115	38,2	301	100
Escolaridade						
Analfabeto	55	18,2	22	7,3	77	25
Fundamental incompleto.	84	27,9	46	15,2	130	43,1
Ensino Fundamental	30	9,9	25	8,3	55	18,2
Ensino Médio	12	3,9	16	5,3	28	9,3
Superior	05	1,6	06	1,9	11	3,6
Total	186	61,8	115	38,2	301	100
Estado marital						
Vive com o companheiro	93	30,9	97	32,2	190	63,1
Vive sem o companheiro	93	31,2	18	6,0	111	36,9
Total	186	61,8	115	38,2	301	100
Atividade atual principal						
Trabalhador braçal	03	1,0	06	1,9	09	2,9
Atividade doméstica	119	39,5	00	0,0	119	39,5
Cargo técnico/administrativo/ prof. liberal	05	1,6	19	6,3	24	8,0
Nenhuma	59	19,6	90	29,9	149	49,5
Total	186	61,8	115	38,2	301	100

Na Tabela 1, constata-se que 186 (61,8%) dos idosos entrevistados são do sexo feminino e 115 (38,2%) do sexo masculino, com predomínio de idosos na faixa etária entre 60 e 69 anos de idade. Quanto à escolaridade, dois terços deles – 207 (68,1%) – são analfabetos ou têm o primeiro grau incompleto. A principal fonte de renda da maioria dos entrevistados 161 (53,5%) é a aposentadoria. Destaca-se, no estado marital, que 93 (30,9%) mulheres vivem sem o companheiro, enquanto 18 (6,0%) homens vivem sozinhos. Na atualidade, 119 (33,5%) mulheres exercem atividades domésticas e quase a metade dos idosos – 149 (49,5%) – não realiza atividades.

Na Tabela 2, encontram-se os diagnósticos referidos pelos idosos entrevistados, agrupados de acordo com a Classificação Internacional das Doenças (CID) 10. Os 301 idosos entrevistados referiram 746 doenças, com uma média de 2,5 diagnóstico/idoso, e as doenças mais referidas são aquelas do sistema circulatório – 328 (44%). Seguem-se a estas as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo – 126 (16,9%) – e, ainda, doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas – 58 (7,7%).

TABELA 2 – DISTRIBUIÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS MÉDICOS REFERIDOS PELOS IDOSOS ENTREVISTADOS AGRUPADOS DE ACORDO COM A CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DAS DOENÇAS (CID -10). MARÍLIA, 2007

DIAGNÓSTICOS REFERIDOS	Nº	%
Doenças do aparelho circulatório	328	44,0
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	126	16,9
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	58	7,7
Doenças do olho e anexos	58	7,7
Doenças do aparelho digestivo	48	6,4
Doenças do aparelho geniturinário	32	4,3
Doenças do aparelho respiratório	27	3,6
Doenças do sistema nervoso	25	3,3
Transtornos mentais e comportamento	15	2,0
Doenças da pele e tecidos subcutâneos	12	1,6
Neoplasias (tumores)	10	1,3
Outros	07	0,9
Total	**746**	**100%**

Na Tabela 3, a primeira observação refere-se ao maior número de mulheres que sofreram quedas no último ano: 44 (14,6%) de uma a duas e 11 (3,6%) de três a quatro. O uso de alguns medicamentos considerados como fatores de risco para quedas também são bastante utilizados por eles, com destaque para os anti-hipertensivos e os diuréticos – 161 (55,7%) e 75 (26%), respectivamente. Entre as drogas psicoativas, constatou-se que 37 (12,3%) faziam uso de ansiolítico/tranquilizante e 30 (10,4%), de antidepressivos.

Reme.indd 371 12/06/2008 09:38:03

TABELA 3 – DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS ENTREVISTADOS DE ACORDO COM OS FATORES DE RISCO PARA QUEDAS. MARÍLIA, 2007

FATORES DE RISCO PARA QUEDAS	Feminino		Masculino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Número de quedas no último ano						
Nenhuma	123	40,8	92	29,9	215	71,4
De 1 a 2 quedas	44	14,6	20	6,0	64	21,2
De 3 a 4 quedas	11	3,6	02	0,6	13	4,3
Cinco quedas ou mais	8	2,6	01	0,3	09	3,0
Insegurança ou medo de cair						
Sim	107	35,5	29	9,6	136	45,2
Não	79	26,2	86	28,5	165	54,8
Estado cognitivo						
Normal	134	44,5	90	29,9	224	74,4
Anormal	52	17,3	25	8,3	77	25,6
Total	186	61,8	115	38,2	301	100
Medicamentos						
Agentes anti-hipertensivos	102	33,9	59	19,6	161	55,7
Diuréticos	53	17,6	22	7,3	75	26
Hipoglicemiante	25	8,3	18	5,8	43	14,1
Antidepressivos	23	7,6	07	2,3	30	10,4
Agentes ansiolíticos/tranqüilizantes	27	8,9	10	3,3	37	12,3
Antiarrítmico	10	3,3	07	2,2	17	5,5
Grau de dependência						
Independente	113	37,5	86	28,5	198	65,8
Dependente leve	48	15,9	15	5,0	63	20,9
Dependente moderado	16	5,3	09	3,0	25	8,3
Dependente severo	09	3,0	05	1,6	14	4,7
Total	186	61,8	115	38,2	301	100
Sinais e sintomas						
Diminuição visual	107	35,5	67	22,2	174	58,2
Diminuição auditiva	43	14,3	35	11,6	78	26,1
Hipotensão ortostática	00	00	02	0,6	02	0,7
Insônia	57	18,9	19	6,3	76	25,4
Urgência/incontinência	14	4,6	08	2,6	22	7,4
Problemas nos pés	47	15,6	13	4,3	60	20,1
Mobilidade física prejudicada	66	21,9	30	10	96	32,1
Equilíbrio prejudicado	113	37,5	49	16,3	162	53,8
Marcha prejudicada	103	34,1	43	14,3	146	48,5
Risco ambiental						
Piso	107	35,5	69	22,9	176	58,5
Escada/degraus	110	36,5	74	24,9	184	61,1
Entulhos	22	7,3	14	4,6	36	12
Iluminação	23	7,6	16	5,3	39	13
Mobília	34	11,3	18	6,0	52	17,3
Tapetes	95	31,5	56	18,6	151	50,2
Uso de calçado adequado para a idade						
Sim	100	33,2	93	31	193	64,1
Não	86	28,6	22	7,3	108	39,9

Foram detectadas alterações do equilíbrio em 162 (53,8%) dos idosos e da marcha em 145 (48,5%). Entre os sinais e sintomas que representam risco para quedas estão presentes, principalmente, a diminuição da acuidade visual, em mais da metade dos idosos, 174 (58,2%), a diminuição da acuidade auditiva, em 78 (26,1%), e a insônia é referida por 76 (25,4%). Os fatores ambientais que representam risco para quedas mais encontrados foram escadas/degraus em 184 (61,1%); piso escorregadio, em 176 (58,5%); e tapetes soltos 151 (50,2%). Além disso, 101 (35,5%) utilizam calçado inadequado para a idade (Tabela 3).

DISCUSSÃO

Neste estudo, ao realizar a caracterização sociodemográfica, foram detectados aspectos importantes que devem ser considerados quando se pretende atuar na lógica da vigilância da saúde. Destaque-se que 128 (42,9%) pertencem à faixa etária dos 60 a 69 anos, a qual é considerada uma fase com grande possibilidade de desenvolver ações de promoção da saúde. A ocorrência maior de quedas acontece entre aqueles com mais de 80 anos de idade.[13] Dos idosos estudados, 53 (17,6%) encontram-se com 80 anos ou mais. Nessa idade, parece mais adequada uma avaliação individualizada dos riscos intrínsecos e extrínsecos, bem como a proposta de intervenção envolvendo o idoso e os familiares, já que ele também apresenta perda da autonomia.

Dados da Tabela 1 mostram que 186 (62,8%) das pessoas estudadas são do sexo feminino. As mulheres são consideradas mais suscetíveis a quedas por apresentarem maior fragilidade física quando comparadas aos homens da mesma faixa etária, além de maior

Reme.indd 372 12/06/2008 09:38:04

exposição ao trabalho doméstico e, conseqüentemente, a seus riscos.[14] Entre as mulheres estudadas, constata-se que 119 (39,5%) realizam, na atualidade, atividade doméstica, enquanto 90 (29,9%) homens não realizam qualquer atividade. Há um estudo em que se verifica a maioria das quedas ocorre no próprio lar do idoso, quando este está fazendo atividades domésticas cotidianas.[15]

Na literatura, encontram dados referentes à maior freqüência de quedas entre idosos que vivem sozinhos, os quais muitas vezes são submetidos a tarefas que podem agravar o risco para quedas. Nesse aspecto, há de ser considerado também o maior número de mulheres que vivem sozinhas em relação aos homens.[14,15]

A maior quantidade de mulheres idosas com baixa escolaridade acresce o rol de riscos para quedas entre elas, já que a leitura contribui para desenvolver a atenção e, conseqüentemente, para manter o equilíbrio.[14]

As doenças apresentadas pelos idosos podem ter relação direta ou indireta com as quedas, de acordo com as manifestações dos sinais e sintomas apresentados e suas implicações para uma possível queda.[16]

Assim, as doenças do aparelho cardiovascular, as mais referidas entre os idosos estudados – 328 (44%) –, estão diretamente relacionadas com as quedas, na presença de hipotensão arterial e seqüelas de acidente vascular cerebral, ou indiretamente, na presença de hipertensão, arritmias e hipercolesterolemia. As doenças do sistema osteoarticular e do tecido conjuntivo, de alta prevalência entre os idosos estudados, revelaram-se, também em outros estudos, como aquelas que têm maior relação direta com as quedas.[17]

A quantidade de pessoas idosas que sofreram quedas nos últimos doze meses foi de 86 (28,5%). Estudo realizado na Espanha encontrou incidência de 31,8% em sujeitos com 70 anos ou mais.[8] A instabilidade postural com a ocorrência de quedas é uma característica do processo de envelhecimento e que pode levar à insegurança ou ao medo de cair, principalmente aqueles idosos que já sofreram quedas. Tal condição acarreta a perda de confiança, o que limita, progressivamente, as atividades e leva à imobilidade, com conseqüente atrofia muscular.[18] Entre os idosos estudados, 136 (45,2%) relataram insegurança ou medo de cair, sendo essa queixa mais freqüente entre as mulheres, assim como a incidência de quedas, reforçando ser esse o grupo de maior vulnerabilidade.

Alterações da cognição foram constatadas em 77 (25,6%) idosos e, nessa condição, eles têm, ainda, maior dificuldade em perceber os riscos para quedas.

O uso de múltiplos medicamentos entre os idosos, os quais são necessários, muitas vezes, até mesmo para a manutenção da vida, representa uma condição que merece ser considerada pelo risco ao qual os expõe. Na prescrição de determinados medicamentos para idosos, há necessidade de ponderar risco e benefício, assim como orientar tais indivíduos e seus familiares para evitar acidentes.[19]

Quando relacionados ao risco para quedas, alguns medicamentos são apontados como de maior risco, entre eles os sedativos/hipnóticos, antidepressivos, anti-hipertensivos, diuréticos, hipoglicemiantes, antiarrítmicos e ansiolíticos/tranquilizantes. Esse aspecto também se revela em nosso estudo, no qual mais da metade dos entrevistados fazem uso de hipotensor, além daqueles que utilizam diuréticos, hipoglicemiantes, antidepressivos e drogas psicoativas.

Há uma correlação entre o uso de drogas psicoativas e a ocorrência de quedas, além da existência de algumas inapropriações no que se refere à prescrição desse tipo de drogas entre os idosos.[20]

Os sinais e sintomas apresentados pelos idosos podem ser considerados de maior ou menor risco para desencadear quedas. A diminuição visual, presente em mais da metade dos idosos, constitui um sério problema, uma vez que está relacionada com a perda do equilíbrio, por ser esse o órgão que fornece as informações ambientais.[17]

Ao investigar o padrão de sono, verificou-se que 25,4% dos idosos apresentam insônia. Esse achado é corroborado por estudo epidemiológico, ao evidenciar que 30% a 50% das pessoas idosas se queixam de insônia.[21]

Dos idosos estudados, 60 (20,1%) manifestaram problemas com os pés, o que pode limitar a atividade e afetar o bem-estar dessas pessoas. Os problemas com os pés acontecem com freqüência entre os idosos em razão dos anos de desgaste, do uso de caçado inadequado, de maus cuidados com as unhas e de mudanças tróficas em razão da insuficiência vascular, que levam à dor, a alterações na forma, à hiperqueratose, à úlcera e a alterações no padrão normal da marcha. Tais problemas não são valorizados nas ações de atenção à saúde.[22]

As modificações da marcha, que ocorrem por causa do declínio funcional dos sistemas músculo-esquelético, sistema nervoso central e sistema nervoso periférico, manifestam-se pela diminuição da velocidade angular da pelve, da extensão da pélvis e da força de impulso dos pés,[23] tornando a marcha lenta e com os passos alargados.

Neste estudo, mais da metade dos idosos apresentou alterações no equilíbrio. Tal ocorrência se justifica pela deterioração progressiva do processo de envelhecimento, levando à perda das células nervosas, à diminuição da função proprioceptiva das articulações, à degeneração de estruturas do ouvido interno e à enfraquecimento muscular.

Associado aos fatores intrínsecos que desencadeiam quedas entre os idosos, durante a investigação, foi averiguado que mais de 60% das casas dos idosos apresentavam algum risco ambiental para queda. Os fatores extrínsecos são diversos, sendo os mais prevalentes as escadas e os degraus (61,1%), seguidas de piso escorregadio (58,5%). De acordo com Fabrício et al (2004)[14], o maior número de quedas deveu-se ao piso escorregadio (26%), com aumento delas quando associadas a escadas e degraus.

Além disso, o tipo de calçado que muitos deles utilizam – 108 (39,9%) – não é recomendado para a idade, por possibilitar escorregões e tropeços, risco que o estudo mostrou ser mais freqüente entre as mulheres. O calçado preferido pelos idosos, na maioria das vezes, é o "chinelo de dedos", visto ser esse um hábito desenvolvido também durante toda a vida. Além disso, alterações como deformidades das unhas e proeminências ósseas, dentre outras impedem o uso de calçado adequado.[24]

Reme.indd 373 12/06/2008 09:38:04

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, constatou-se que há alta incidência de riscos, tanto intrínsecos quanto extrínsecos, para quedas entre idosos que pertencem à área de abrangência de uma Unidade de Saúde da Família. Destaca-se que as mulheres, além de representar a maioria da população – 186 (61,8%) –, deixam entrever maior fragilidade e exposição a tais riscos.

Os dados aqui evidenciados parecem constituir um instrumento que pode auxiliar na gestão do serviço, visto que se trata de uma área com alta concentração de idosos – 10,8% da população geral –, e ações que visem à promoção da saúde e à prevenção de danos podem ser propostas com a finalidade de contribuir para a melhoria das condições de vida dessas pessoas, de familiares e da comunidade em geral.

No entanto, a complexidade e a multiplicidade dos problemas que se apresentam demandam atuação interdisciplinar e intersetorial, o que exige mudança de postura dos profissionais e da comunidade diante dos problemas de saúde.

Nesse contexto, considera-se a necessidade de adoção de medidas individuais e coletivas, com destaque para ações educativas, adaptações ambientais, incentivo ao exercício físico, voltado para o fortalecimento da musculatura, aumento da flexibilidade muscular e melhora do equilíbrio e marcha, acompanhamento sistemático do uso de medicamentos e de sinais e sintomas que possam representar riscos para quedas.

Diante de tais dados, um grande desafio é colocado para todos os envolvidos no processo de cuidado com essa população, seja relacionado com a assistência direta, seja com a pesquisa, seja com o ensino. No entanto, com a possibilidade de enfrentamento da situação, pode-se vislumbrar um novo contexto de atenção à saúde, cuja ênfase se foca na valorização a na vigilância da saúde.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Tábuas completas de mortalidade: em 2003, expectativas de vida do brasileiro subiu para 71,3 anos. [Citado em 29 jan. 2007]. Disponível em: http://www.ibje.gov.br/home/previdencia/noticias/ noticia _visualiza.php?id_noticia=266&id_pagina=1

2. World Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.

3. Yamaguchi AM. Quedas ma terceira idade. Saúde Total. São Paulo: Intec; c1997-2006. [Citado em 25 out. 2002]. Disponível em: http://www.saudetotal.com/ artigos/idoso/ quedas.asp

4. Pereira SEM, Buskman S, Perracini M, Py L, Barreto KML, Leite VMM. Quedas em idosos. In: Jatene FB, Cutait R, Coordenadores. Projeto diretrizes. Rio de Janeiro: Associação Médica Brasileira, Conselho Federal de Medicina; 2001. p.405-13

5. Duthie Jr EH. Quedas. Clin Med Am Norte. (Rio de Janeiro). 1989; 6: 1453-67.

6. Rodrigues RAP. Atividade educativa da enfermeira geriátrica: conscientização para o autocuidado das idosas que tiveram "queda" [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 1993.

7. Bodachne L. Instabilidade e quedas no idoso. Rev Bras Med. 1994; 51(3): 226-35.

8. Varas-Fabra R, Castro Martin E, Perula de Torres LA, Fernández Fernández MJ, Ruiz Moral R, Enciso Borge I. Caídas em ancianos de la comunidad: prevalência, consecuências y factores associados. Alén Primária. 2006 Nov 38(8): [Citado em 15 fev. 2007]. Disponível em: http://db.doyma/mrevista.pubmed_ full?inctrl= 05ZI01 05 &ver=27&vol=38&num=8&pág=450

9. Perracini MR, Ramos LR. Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. Rev Saúde Pública. 2002; 36(6):709-16.

10. North American Nursing Diagnosis Association-NANDA. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação: 2003-2004. Porto Alegre: Artmed; 2005.

11. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci S, Juliano Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. Arq Neuropsiquiatr. 1994; 52: 1-7.

12. Gomes GC. Tradução, adaptação transculturalmente e exame das propriedades de medida da escala "Performance-oriented mobility assessment" (POMA) para uma amostragem de idosos brasileiros institucionalizados [dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2003.

13. Santos MLC, Andrade MC. Incidência de quedas relacionada aos fatores de riscos em idosos institucionalizados. Rev Baiana Saúde Pública. 2002; 36(6):709-16.

14. Ferrer MLP, Perracini MR, Ramos LR. Prevalência de fatores ambientais associados a quedas em idosos residentes na comunidade em São Paulo, SP. Rev Bras Fisioter. 2004 maio/ago.; 8(2): 149-54.

15. Fabrício SCC, Rodrigues RAP, Costa Júnior ML. Causas e consequências de quedas de idosos atendidos em hospital público. Rev Saúde Pública. 2004 fev.; 38(1): 93-9.

16. Perracini MR. Prevenção e manejo de quedas no idoso. Pequi: Portal Equilíbrio e Quedas em Idosos São Paulo: Fapesp. [Citado em 22 mar. 2007]. Disponível em: http://pequi.incubadora.fapesp.br/portal/quedas/quedas/quedas.pdf

17. Guimarães JMN, Farinatti PTV. Análise descritiva de variáveis teoricamente associadas ao risco de quedas em mulheres idosas. Rev Bras Med Esporte. 2005; 11(5): 299-305.

18. Rocha FL, Cunha UGV. Aspectos psicológicos e psiquiátricos das quedas do idoso. Arq Bras Méd. 1994; 68(1):9-12.

19. Coutinho ESF, Silva SD. Uso de medicamentos como fator de risco para fratura grave decorrente de queda em idosos. Cad Saúde Pública. 2002; 18(5):1359-66.

20. Chaimowicz F, Ferreira TJXM, Miguesl DFA. Use of psychoactive drugs and falls among older people living in a community in Brazil. Rev Saúde Pública. 2000; 34(6):631-9.

21. Batista LL, Fernandes MGM, Nóbrega MSL. Avaliação geriátrica abrangente de idosos atendidos em uma Unidade de saúde da Família. Rev APS 2003 jul./dez 6(2); [Citado em 22 mar 2007]. Disponível em: http:www.nates.ufjf.br/novo/revista/paf/ v6n2/capa.pdf.

22. Gutiérrez Bobledo LM. Caídas. In: Anzola PE, Galinky D, Morales MF, Salas A, Sanches AM, Editores. La atención de los ancianos: um desafio para los años noventa. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1994. p.156-8.

23. Cartier Rovirosa L. Caídas y alteracions de la marcha en los adultos mayores. Rev Med Chile. 2002; 130(3):332-7.

24. Marin MJS, Amaral FS, Martins IB, Bertassi VC. Identificando os fatores relacionados ao diagnóstico de enfermagem risco de quedas entre idosos. Rev Bras Enferm. 2004; 57(5):560-4.

Data de submissão: 20/1/2008
Data de aprovação: 3/3/2008

Reme.indd 374 12/06/2008 09:38:04

O (DES)CONHECIMENTO DOS VIAJANTES SOBRE A EXIGÊNCIA DA VACINAÇÃO CONTRA FEBRE AMARELA: UM ESTUDO NO AEROPORTO INTERNACIONAL DE PORTO ALEGRE, RS*

THE TRAVELER'S (UN)KNOWLEDGE ABOUT THE REQUIREMENTS OF YELLOW FEVER'S VACCINATION: A STUDY AT PORTO ALEGRE INTERNATIONAL AIRPORT, STATE OF RIO GRANDE DO SUL

(FALTA DE) CONOCIMIENTO DE LOS PASAJEROS SOBRE LA EXIGENCIA DE VACUNACIÓN CONTRA LA FIEBRE AMARILLA: ESTUDIO DE CASO EN EL AEROPUERTO INTERNACIONAL DE PORTO ALEGRE, RS

Clarice Maria Dall'Agnol[1]
Dirciara Barañano Souza[2]
Anna Paula dos Reis Mallet[3]
Paulo Ricardo Santos Nunes[4]
Janaina Liberali[5]

RESUMO

Pesquisa exploratória-descritiva, do tipo survey, com viajantes no Aeroporto Internacional Salgado Filho de Porto Alegre RS, a respeito do (des)conhecimento sobre vacinação contra febre amarela e exigência do Certificado Internacional de Vacinação (CIV), bem como sobre o órgão regulador dessas práticas. O lançamento de dados, com base em 600 entrevistas estruturadas, transcorreu no programa SPSS 8.0. Os resultados apontaram predomínio de usuários da sala de vacinas, em busca específica da vacinação, já cientes da obrigatoriedade do procedimento. Há predomínio do sexo masculino, em viagem a turismo ou a trabalho, que recebeu informações em agências de turismo. Quanto à qualidade das informações recebidas, as opiniões mostraram-se divergentes com relação à necessidade de vacinação e troca do CIV. Constatou-se pouca visibilidade pública do órgão regulador, bem como a necessidade de desenvolver atividades educativas e informativas que ampliem a integração dos níveis de atenção municipal, estadual e federal para o efetivo controle sanitário de viajantes.

Palavras-chave: Vacina contra Febre Amarela; Educação em Saúde. Viagem; Vigilância Sanitária; Promoção da Saúde.

ABSTRACT

This is an exploratory-descriptive research-survey investigating travelers at the Salgado Filho International Airport, in Porto Alegre, on their (un)knowledge about vaccination against yellow fever and the requirements of the International Vaccine Certificate (CIV), and about the organization that regulates this. The data were collected and processed by the SPSS 8.0 program using 600 structured interviews. Results showed a predominance of vaccine room users searching vaccination, and who already knew it was a requirement. Most users are men, traveling for leisure or work, who were informed about the vaccine at travel agencies. As to the quality of information received, there were different opinions on the need of vaccination and certificate exchange. We found there is little visibility of the organization that regulates the vaccine and the need for educational and informative activities to increase the level of municipal, state and federal attention to the effective health control of travelers.

Key words: Yellow Fever Vaccine; Health Education; Travel; Helth Surveillance; Health Promotion.

RESUMEN

Se trata de una investigación exploratoria descriptiva, tipo encuesta, con pasajeros en el Aeropuerto Internacional Salgado Filho de Porto Alegre, referente a su conocimiento (o falta de conocimiento) sobre vacunación contra la fiebre amarilla y exigencias de un certificado internacional de vacunación (CIV), como también del organismo que regula dichas prácticas. La entrada de datos, basados en 600 entrevistas estructuradas, transcurrió en el programa SPSS 8.0. Los resultados señalaron que predominan los usuarios de la sala de vacunación, específicamente para vacunarse, ya conscientes de la obligatoriedad de tal procedimiento. Predominan personas del sexo masculino, en viaje de turismo o trabajo, que recibieron la información en agencias de turismo. En relación a la calidad de la información recibida, las opiniones no coinciden en cuanto a la necesidad de vacunación y del CIV. Se constató que hay poca visibilidad pública del organismo regulador y que se precisan actividades educativas e informativas que integren más los niveles de atención municipal, estatal y federal para el control sanitario efectivo de los pasajeros.

Palabras-clave: Vacuna contra la Fiebre Amarilla; Educación en Salud; Viaje; Vigilancia Sanitaria; Promoción de la Salud.

* Publicação dos resultados que derivam da pesquisa originalmente intitulada Controle sanitário de viajantes e o (des)conhecimento sobre a exigência do certificado internacional de vacinação anti-amarílica – CIV: um estudo no aeroporto Internacional Salgado Filho de Porto Alegre, RS.

[1] Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – EENF-UFRGS. Coordenadora do Núcleo de Estudos sobre Gestão em Enfermagem (NEGE). Rio Grande do Sul, Brasil.
[2] Enfemeiro. Mestre em Enfermagem. Membro do NEGE. Rio Grande do Sul, Brasil.
[3] Enfermeira. Bolsista de Iniciação Científica – PIBIC/CNPq – durante a pesquisa. Membro do NEGE. Rio Grande do Sul, Brasil.
[4] Médico Sanitarista. Doutorando em Educação – PPGEDU-UFRGS. Diretor adjunto da ANVISA/MS. Rio Grande do Sul, Brasil.
[5] Enfermeira. Membro do NEGE. Rio Grande do Sul, Brasil.
Endereço para correspondência: Rua São Manoel 963, Bairro Rio Branco, Porto Alegre-RS, Brasil – CEP 90620-110.
E-mail clarice@adufrgs.ufrgs.br

Reme.indd 375 12/06/2008 09:38:04

INTRODUÇÃO

O aumento da circulação de pessoas e de mercadorias tem exigido dos países novas reflexões sobre o controle sanitário adiante da emergente situação epidemiológica mundial. Acontecimentos mundiais, em especial a síndrome respiratória aguda e, mais recentemente, a possibilidade de uma pandemia de *Influenza* sinalizam, em âmbito internacional, a fragilidade dos sistemas de controle sanitário e a necessidade de desenvolver ações que permitam a salvaguarda das populações potencialmente expostas aos efeitos de uma eclosão internacional de agentes (microorganismos), disseminados com a circulação de pessoas e de mercadorias.

A experiência internacional vem apontando que nenhum país, mesmo aqueles desenvolvidos, está protegido de eventos que ameaçam a segurança sanitária,[1] o que tem sido destaque na mídia. Campos[2] alerta que os países tornam-se mais vulneráveis quando seus sistemas de vigilância sanitária são mais frágeis e a população ainda não se apropriou dos seus direitos de cidadania. Essa preocupação vem sendo cada vez mais discutida pelos organismos internacionais responsáveis pelo controle sanitário mundial,[3] colocando-se como uma importante questão que merece espaço na esfera das políticas públicas de saúde.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), cumprindo suas metas de revisão de controle da saúde dos viajantes, lançou, em 2003, o *International Travel and Health* como fonte de orientação para as organizações responsáveis pelo controle sanitário dos países. Essa edição consiste, principalmente, em um *update* anual que cobre detalhes técnicos, resultado de uma revisão extensiva para auxiliar as medidas de controle da saúde dos viajantes. Além de contribuir para a adoção de medidas de controle sanitário, fornece orientação aos profissionais de saúde pública, aos agentes e organizadores de cursos, às empresas aéreas, às companhias de transporte e aos viajantes.

A única exigência internacional, no entanto, para o controle sanitário de viajantes diz respeito à vacinação contra febre amarela e à emissão do Certificado Internacional de Vacinação contra Febre Amarela (CIV), conforme consta no Regulamento Sanitário Internacional (RSI). No Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), por meio das ações dos postos de controle sanitário em portos, aeroportos, fronteiras e recintos alfandegados, executa, de acordo com a legislação, as exigências internacionais previstas no RSI.

O interesse em explorar questões relacionadas ao trânsito dos viajantes que permanentemente estão em deslocamento ou mesmo aqueles que fortuitamente, em razão de férias, se deslocam para áreas endêmicas, surgiu da experiência profissional de autores desta pesquisa no serviço de vigilância sanitária – controle de viajantes – na sala de vacinas do Aeroporto Internacional Salgado Filho, Porto Alegre, RS. Mediante observações aleatórias, no cotidiano de trabalho, vinha-se presenciando um nível muito alto de desinformação por parte de quem viaja a respeito das exigências e prazos para a vacinação contra febre amarela e a emissão do CIV, com implicações na permissão de entrada de viajantes em países que exigem esse certificado do Brasil.

Embora a febre amarela seja um tema exaustivamente estudado do ponto de vista epidemiológico, pouco se tem investigado sobre a repercussão das responsabilidades sociais e das formas de proteção à saúde, portanto, um viés a ser considerado nas políticas públicas de saúde. Esse fato instigou que se lançasse um olhar para essas lacunas de conhecimento, buscando identificar nós críticos que eventualmente perpassam a rede de informações, até chegar ao usuário do sistema.

Assim, teve-se por objetivo investigar com os viajantes – passageiros – no Aeroporto Internacional Salgado Filho de Porto Alegre, RS, sobre o (des)conhecimento sobre a vacinação contra febre amarela e a exigência do CIV, bem como sobre o órgão regulador dessas práticas – a ANVISA. Mobilizou-se, também, para identificar os códigos e as formas de informação que facilitam e/ou dificultam o acesso a esta vacinação e/ou ao CIV em tempo hábil.

POLÍTICA DE CONTROLE SANITÁRIO NO BRASIL: BREVE HISTÓRICO

Com a chegada de D. João VI ao Brasil, em 1808, o País passou a fazer parte das principais rotas comerciais, ocorrendo uma intensificação no fluxo de embarcações e circulação de passageiros e de mercadorias. Em decorrência dessa nova situação, o porto também passou a ser a principal porta para entrada de epidemias, condição não habitual até aquele momento. A chegada da família real é apontada por alguns autores[4,6] como o momento em que as práticas de vigilância sanitária se iniciaram no Brasil.

Em 1810, com a instituição do Regimento da Provedoria, uma das providências foi o estabelecimento de normas para o controle sanitário dos portos, com atenção especial para os passageiros, ou seja, foram instituídos a quarentena e o Lazareto para o isolamento de doenças e moléstias contagiosas, dentre outras providências.[5]

Na década de 1920, ocorreram inúmeras mudanças na área da saúde no Brasil. Com a reforma Carlos Chagas, e por meio do Decreto-Lei nº 3.987, criou-se o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), que veio substituir a Diretoria Geral de Saúde Pública de 1897. Nesse contexto, as ações sanitárias de portos eram incumbências de uma Diretoria específica – Diretoria de Defesa Sanitária Marítima e Fluvial (DDSMF).[5] Uma das atribuições da DDSMF, compreendida como polícia sanitária, era a inspeção médica dos imigrantes e de passageiros com destino aos portos da República, incluindo vacinação/revacinação e a vigilância sanitária das cidades portuárias, com vista a medidas de profilaxia internacional e interestadual. Naquela época, já se discutia o impacto das normas de controle sanitário e os entraves à expansão econômica.

Na década de 1930, foi criado o Departamento Nacional de Saúde (DNS) e os serviços sanitários relativos aos portos do País e da Marinha Mercante passaram a constituir o Serviço de Saúde dos Portos, que se mantiveram até a década de 1970. No final de 1976, ocorreu a reorganização administrativa do Ministério da Saúde, instituindo-se a Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS).[7]

Com a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), por intermédio da Lei nº 8.080, foi instaurada uma nova condição jurídico-formal para a vigilância sanitária.

Reme.indd 376 12/06/2008 09:38:04

Esse novo contexto desembocou na criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), em 27 de janeiro de 1999, Lei nº 9.782, cabendo-lhe estabelecer normas e orientar a vigilância sanitária de viajantes internacionais, bem como a vacinação e a emissão do Certificado Internacional de Vacinação contra Febre Amarela (CIV) nas áreas de portos, aeroportos e fronteiras do território nacional.

Destaca-se que a OMS emite, periodicamente, uma lista com a indicação dos países que exigem do Brasil a apresentação do CIV. A necessidade de estar em constante trânsito por países onde é exigido o CIV, em razão do contexto globalizado, faz com que os viajantes busquem os serviços de vacinação da ANVISA.

Dessa forma, o propósito de investigar os sistemas de informações oficiais e não oficiais com os viajantes a respeito da vacina contra febre amarela e da emissão do CIV encontra amparo na necessidade de as ações de controle sanitário minimizarem os riscos de entrada e saída de doenças em nosso país.

METODOLOGIA E PRECAUÇÕES COM ASPECTOS ÉTICOS

Estudo quantitativo, descritivo, exploratório, do tipo *survey*. Os dados foram coletados por meio de entrevistas estruturadas, com registro em formulário, no período entre agosto de 2004 e janeiro de 2005. Para o cálculo do tamanho amostral, considerou-se o poder de 80% e nível de significância de 5%. A amostra foi consecutiva por conveniência, tendo-se entrevistado 600 viajantes entre aqueles que acessaram a sala de vacinas da ANVISA, sediada no Aeroporto Internacional Salgado Filho de Porto Alegre, RS. Nesse local, ocorrem 500 atendimentos/mês, cuja procura habitual é para a vacinação contra febre amarela e/ou para a aquisição do CIV.

Para a construção e a análise do banco de dados recorreu-se ao Statistical Package for Social Science (SPSS), versão 8.0, tendo-se adotado a estatística descritiva. As variáveis qualitativas e quantitativas foram organizadas em tabelas, com apresentação de freqüências relativas e absolutas.[8]

Para este estudo, foram atendidas, criteriosamente, as recomendações expressas na Resolução nº 196/96 e 251/97 do Conselho Nacional de Saúde, concernentes à realização de pesquisas com seres humanos. Portanto, a coleta de dados somente foi iniciada mediante homologação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS, sob cadastro nº 2003205. Aos sujeitos foi fornecida uma Folha Explicativa contendo dados do projeto, instituição de origem, formas de contato, assegurando a livre participação. Por se tratar de população infinita, cujos sujeitos foram entrevistados na ante-sala de acesso ao posto de vacinação do aeroporto, adotou-se a Folha Explicativa em substituição ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, como idealmente é preconizado para situações dessa natureza.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Inicialmente, trata-se do perfil dos viajantes, incluindo a finalidade da viagem e o acesso à vacinação contra a febre amarela e ao Certificado Internacional de Vacinação (CIV). Também, aborda-se como esse certificado é adquirido quando de posse do Certificado Nacional de Vacinação (CNV), isto é, como ocorre a troca dos certificados. Sinaliza-se, ainda, sobre a possível representatividade do órgão regulador dessas práticas no Brasil – ANVISA – e, por fim, algumas considerações sobre as agências de turismo como interlocutoras de informações aos viajantes.

Perfil dos viajantes e finalidade da viagem

Considerando o perfil socioeconômico e a finalidade da viagem do turismo receptivo internacional, de acordo com o Instituto Brasileiro do Turismo (EMBRATUR),[9] verificaram-se algumas semelhanças entre o perfil do viajante que utiliza a sala de vacinas da ANVISA e o viajante internacional que chega ao Brasil.

Dessa forma, destaca-se que na faixa etária entre 15 e 24 anos predominam as viagens a estudo (56,9%), enquanto na faixa etária entre 25 e 44 anos – população economicamente produtiva – predominam viagens a trabalho (57,2%). Entretanto, os homens viajam mais a trabalho (50,4%) e as mulheres, a turismo (57,4%). Esses dados convergem com registros10 que referem maior prevalência de casos de febre amarela em indivíduos do sexo masculino e com idade variando entre 14 e 35 anos. Ressalte-se que os dados desses registros se devem à maior exposição e não à maior suscetibilidade ao vírus. Na escolaridade, houve destaque para o nível superior completo (51,4%), conforme consta na Tabela 1.

TABELA 1 – PERFIL DOS VIAJANTES QUE ACESSARAM A SALA DE VACINAS DA ANVISA NO AEROPORTO INTERNACIONAL SALGADO FILHO, PORTO ALEGRE, RS, ENTRE AGOSTO DE 2004 E JANEIRO DE 2005

Perfil dos viajantes	n	%
Sexo		
Masculino	344	57,3
Feminino	256	42,7
Total	**600**	**100**
Idade		
15 a 24 anos	133	22,2
25 a 54 anos	369	61,5
Mais de 55 anos	98	16,3
Total	**600**	**100**
Escolaridade		
Ensino Fundamental	42	7,0
Ensino Médio	250	41,6
Ensino Superior	308	51,4
Total	**600**	**100**
Finalidade da viagem		
Trabalho	226	37,7
Turismo	260	43,3
Estudo	73	12,2
Outros	41	6,8
Total	**600**	**100**
Motivo da procura pela Sala de Vacinas da ANVISA		
Vacinação	488	81,3
Troca do CNV pelo CIV	112	18,7
Total	**600**	**100**

Reme.indd 377 12/06/2008 09:38:04

Embora haja demanda expressiva de viajantes que residem em Porto Alegre (51,9%), verifica-se, também, a procura dos usuários oriundos das demais cidades da Grande Porto Alegre (28,3%), indicando que a sala de vacinas da ANVISA é serviço referência para essa região.

De acordo com as exigências internacionais, a vacina contra a febre amarela é a única medida profilática requerida dos viajantes com destino a países considerados endêmicos quanto à doença.[11] O resultado da Tabela 2 indica que a maioria dos viajantes que procuram a sala de vacinas da ANVISA busca o serviço para cumprir essa obrigatoriedade. No entanto, 16,7% dos viajantes, embora estivessem em trânsito internacional, não estavam se deslocando para áreas onde a vacina é obrigatória. Considerando que são necessários dez dias após a vacinação para haver imunidade efetiva e que o CIV só é validado após esse período, muitos viajantes poderão estar adiando desnecessariamente seus compromissos fora do Brasil. Outro aspecto relevante diz respeito a viajantes em trânsito nacional. Nesta pesquisa, tal demanda corresponde a 15,8% que se deslocaram à sala de vacinas da ANVISA, quando poderiam ser atendidos nas Unidades de Saúde mais próximas de onde residem, seguindo, dessa forma, as diretrizes do SUS quanto ao acesso geográfico.

TABELA 2 – DESTINO DOS VIAJANTES QUE ACESSARAM A SALA DE VACINAS DA ANVISA, AEROPORTO INTERNACIONAL SALGADO FILHO, PORTO ALEGRE, RS, ENTRE AGOSTO DE 2004 E JANEIRO DE 2005

Local	n	%
Países que exigem a vacinação contra a febre amarela	402	67,0
Países que não exigem a vacinação contra a febre amarela	103	17,2
Municípios (Brasil) para os quais se recomenda a vacinação contra a febre amarela	95	15,8
Total	600	100

Mostrou-se bastante expressivo (48,1%) o contingente de viajantes que não reside em Porto Alegre e busca a vacinação contra a febre amarela e o CIV na sala de vacinas da ANVISA. Tal informação pode estar sinalizando a dificuldade de acesso a essa vacina em outros municípios. Também cabe salientar que, além da necessidade da vacinação por motivos de viagem, nos últimos anos houve aumento da ocorrência e circulação do vírus da febre amarela no Brasil, acarretando a inclusão do oeste do Rio Grande do Sul como área de risco.[10]

A acessibilidade e os recursos de saúde são situações que interferem na saúde geral da população. Os serviços de saúde no Brasil tendem a se concentrar nos grandes centros, dificultando o acesso da população residente nas regiões mais pobres e periféricas da cidade.[12] Além disso, é preciso considerar que a sala de vacinas da ANVISA é referência tanto para a imunização contra a febre amarela quanto para a aquisição do CIV pelos viajantes que residem nas demais cidades da região da Grande Porto Alegre. Destaca-se que, de acordo com o último censo do IBGE,[13] essa região abrange 17 municípios e possui uma população de 2.236.282 habitantes, enquanto Porto Alegre conta com 1.416.363 habitantes. Ressalte-se, ainda, a possibilidade de essa procura estar vinculada à condição de somente a ANVISA emitir o CIV. No entanto, cabe lembrar que esse certificado também pode ser adquirido no Posto de Controle Sanitário dessa agência, no referido Aeroporto, com serviço 24 horas. Assim, o viajante não residente em Porto Alegre teria como opção vacinar-se em posto próximo à sua residência e efetuar a troca do Cartão Nacional de Vacinas pelo Internacional num horário não necessariamente comercial e até mesmo no dia de sua viagem.

Vacinação contra a febre amarela e acesso ao CIV

No Brasil, quase dois terços do território é considerado como área enzoótica para o vírus da febre amarela, alcançando as regiões Norte, Nordeste, Centro-Oeste e Sul. Durante décadas, alguns locais que vinham se mantendo silenciosos passaram a apresentar epizootias, como o sul do País, bem como o surgimento de casos humanos no sudoeste.[14] Uma preocupação incisiva é com o risco de urbanização da febre amarela, razão de se intensificarem as recomendações para a vacinação, pois trata-se de uma doença infecciosa que pode ser evitada com uma dose de vacina eficaz, que assegura a imunidade por dez anos. É importante ressaltar que a primovacinação deve ocorrer dez dias antes da viagem, período necessário para que ocorra proteção da doença. Pessoas já vacinadas precisam apenas de uma dose de reforço para que haja imunidade imediata.[15]

Por se tratar de uma doença que requer notificação internacional, com medidas de controle sanitário referidas no RSI, os países membros da OMS adotam a exigência do CIV quando pessoas procedentes de países considerados endêmicos em relação à doença ingressam em países também endêmicos ou que tenham somente a presença do vetor. A inobservância da validade desse certificado, que está relacionada ao tempo de imunidade conferida pela vacina contra febre amarela, pode implicar entrave para a viagem. Com relação a esse aspecto, alguns resultados deste estudo foram bastante expressivos: 31,3% dos viajantes verbalizaram desconhecer a necessidade de estarem vacinados dez dias antes da viagem, incluindo-se nessa faixa os que responderam de "zero a sete dias" e os que não souberam responder, considerando que houve predominância de pessoas que acessaram a sala de vacinas em busca da primovacinação (77,5%).

Anteriormente à realização da pesquisa, pressupunha-se que a maioria dos viajantes que procuravam a vacinação não soubesse exatamente para qual doença estavam se prevenindo ao receberem a vacina contra febre amarela, até mesmo porque era bastante usual que os serviços de saúde se referissem tecnicamente à expressão "vacinação antiamarílica". Essa percepção, porém, não se confirma, uma vez que somente 8,1% dos viajantes manifestaram tal desconhecimento. Entretanto, tratando-se de vigilância sanitária, esse dado não pode ser desconsiderado ou tangenciado, pois indica a necessidade de haver melhoria na qualidade das informações aos viajantes.

Reme.indd 378 12/06/2008 09:38:04

O desconhecimento sobre qual doença se previne com a vacina contra febre amarela poderá vir a constituir um risco para o viajante, pois, embora inusitado, houve associação dessa vacina à proteção imunológica contra a malária ou dengue. Em tais casos, é importante considerar que, se o viajante estiver em trânsito para uma área considerada endêmica com relação a essas duas doenças, deixará de tomar uma série de cuidados necessários para diminuir as chances de contágio, uma vez que não existem vacinas para esses agravos e a melhor forma de proteção são medidas para evitar o contato com o vetor.

Sinalização quanto à possível representatividade do órgão regulador – ANVISA

Retoma-se a informação sobre as competências da ANVISA, pontuando-se o controle sanitário da produção e comercialização de produtos e serviços, ambientes, processos, insumos e tecnologias, além de atuar no controle de portos, aeroportos e fronteiras, e, juntamente com o Ministério das Relações Exteriores e instituições estrangeiras, tratar de assuntos de caráter internacional na área de vigilância sanitária.[11] No entanto, no que se refere especificamente ao controle sanitário de viajantes, verificou-se que a representatividade da ANVISA é ainda incipiente, pois, ao serem questionados sobre o órgão responsável pela emissão do CIV, 56,7% dos viajantes não indicaram essa prática sanitária como competência dela (Tabela 3). Mas a curta existência desse órgão regulador – instituído na última década – também é um fato a ser considerado no resultado que o aponta com pouca visibilidade pública.

TABELA 3 – ÓRGÃO INDICADO PELO VIAJANTE COMO RESPONSÁVEL PELA EMISSÃO DO CIV

Entidade	n	%
Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)	260	43,3
Secretaria Municipal de Saúde (SMS)	12	2,0
Secretaria Estadual de Saúde (SES)	21	3,5
Empresa Brasileira de Turismo (EMBRATUR)	4	0,7
Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)	46	7,7
Infra-estrutura Aeroportuária (INFRAERO)	5	0,8
Não sabe	252	42,0
Total	**600**	**100**

Informações aos viajantes: as agências de turismo nesse contexto

Neste estudo, as agências de turismo situam-se entre as principais fontes de informação para o viajante. Reportando-se à Tabela 4, 41% dos respondentes obtiveram a primeira informação sobre a necessidade de realização da vacina contra febre amarela nesses locais. Em si mesmo, tal fato justifica a importância de se estabelecer uma parceria entre as agências de turismo e o órgão regulador – ANVISA – para as ações de cuidado e orientação à saúde do viajante, sugerindo que se pense em estratégias para maior interlocução entre ambas.

TABELA 4 – LOCAL ONDE O VIAJANTE OBTEVE A PRIMEIRA INFORMAÇÃO SOBRE A NECESSIDADE DE RECEBER A VACINA CONTRA FEBRE AMARELA

Fonte da informação	n	%
Agência de turismo	246	41,0
Posto de saúde	3	0,5
Empresa aérea	12	2,0
Infra-estrutura Aeroportuária (INFRAERO)	4	0,7
Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)	4	0,7
Local de trabalho	117	19,5
Amigos/familiares/conhecidos	151	25,2
Embaixada do país de destino	5	0,8
Outros	58	9,6
Total	600	100

Os resultados da pesquisa também sinalizam que possivelmente estejam ocorrendo falhas na comunicação entre as fontes geradoras das normas de controle sanitário de viajantes e as empresas que atuam na área do turismo. Isso foi evidenciado na verbalização dos viajantes, com declaração explícita de desconhecimento sobre informações básicas, como as que dizem respeito ao acesso aos serviços de saúde que disponibilizam a vacina contra febre amarela e os procedimentos para a obtenção do CIV nos postos de controle sanitário da ANVISA. Nesse sentido, destaca-se a informação como uma das principais ferramentas para desencadear ações de prevenção e promoção da saúde, tratando-se da perspectiva de educação em saúde como um processo abrangente e contínuo que requer a participação de diferentes atores da sociedade na elaboração de estratégias para que estas sejam resolutivas.[16]

Troca do CNV pelo CIV

Entre os viajantes que procuraram a sala de vacinas da ANVISA no Aeroporto Internacional Salgado Filho para somente realizar a troca do CNV pelo CIV entre agosto de 2004 a janeiro de 2005, 73,2% referiram ter realizado a vacina no posto de saúde municipal alegando facilidade de acesso. O estudo apontou que, possivelmente, possa estar ocorrendo ruídos de comunicação no atendimento ao viajante, tratando-se da rede de saúde, tanto que houve poucas respostas afirmativas indicando o devido esclarecimento nos itens mencionados na Tabela 5.

TABELA 5 – INFORMAÇÕES RECEBIDAS PELOS VIAJANTES NO POSTO DE SAÚDE SOBRE A TROCA DO CNV PELO CIV, N=112

Itens informados	n	%
A necessidade de troca do CNV pelo CIV	87	77,7
O local de troca do CNV pelo CIV	78	69,7
Os dias e horários para troca do cartão de vacinação na sala de vacinas da ANVISA	41	36,7
A necessidade de a troca ser feita pelo próprio usuário	38	33,9
Os documentos exigidos para troca (CNV + cópia + identidade)	26	23,2

Reme.indd 379 12/06/2008 09:38:05

Esses dados refletem a necessidade de efetivamente as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), serem seguidas, no tocante às ações de saúde. Tratando-se de vigilância sanitária, que isso ocorra de forma integral, ou seja, que o usuário possa escolher a porta de entrada de melhor acesso e que receba o acolhimento necessário até a conclusão do que o levou a procurar um serviço de saúde, efetivando, dessa forma, a missão institucional da ANVISA, que é a de "proteger e promover a saúde da população, garantindo a segurança sanitária de produtos e serviços e participando da construção de seu acesso".[11]

CONSIDERAÇÕES FINAIS E ALGUMAS RECOMENDAÇÕES

No atual contexto, mediante o fenômeno da globalização e a conseqüente ameaça de doenças emergentes e reemergentes, com destaque para a febre amarela, reafirma-se a importância do desenvolvimento de uma política de saúde para os viajantes. Juntamente com o desenvolvimento de uma política, são necessários investimentos em ações de integração entre ensino, pesquisa e serviços que tenham interface com os viajantes.

O foco desta investigação concentrou-se em um Estado da Região Sul, portanto, uma condição limitante para estabelecer generalizações como a que diz respeito à representatividade da ANVISA perante a população. No âmbito do estudo, porém, houve um aceno de que o órgão regulador das práticas de orientação e controle sanitário de viajantes possa não estar logrando efetiva representatividade, tratando-se de viajantes-usuários. Isso nos motivou a engajar em mais dois projetos interligados, de cunho qualitativo, para aprofundar um pouco mais essa questão, no âmbito de Porto Alegre, RS. Em fase final da análise dos dados, o módulo que toma as agências de turismo como porta-voz também sinaliza que possa estar havendo pouca representatividade do órgão regulador nessa esfera. Em outro módulo,[17] com enfermeiros responsáveis pelos serviços municipais de saúde que ofertam a vacina contra febre amarela, houve destaque para o Núcleo de Imunizações do Estado do Rio Grnade do Sul, apontado como importante ponto de referência para o processo de trabalho desses sujeitos, sendo tangenciada a questão que reporta à representatividade do órgão regulador e a interface com as agências de turismo.

À guisa das considerações finais, conjetura-se que um possível encaminhamento para essa problemática consiste em direcionar o foco de atenção às agências de turismo, por serem a principal fonte de informações aos viajantes, tal como se evidenciou neste estudo. Diante disso, sugere-se que sejam desencadeados processos informativos e educativos inter e intra-institucionais para melhor integração dos três níveis de atenção: municipal, estadual e federal. Cabe expor a ótica de Wendhausen e Saupe,[18] que apresentam a educação em saúde como um instrumento de alargamento do cuidado à saúde. Esses processos devem envolver estratégias para orientação da população, bem como para a identificação de parceiros que possam integrar planos de ações que focalizem o cuidado à saúde do viajante, de modo a aumentar a segurança do controle sanitário do País, facilitando a circulação de pessoas e mercadorias, com o mínimo risco à saúde pública e impacto econômico. Dito de outra forma, quando se intensifica a segurança sanitária do País, minimizando a introdução de doenças, depara-se com importantes desdobramentos, e um deles é facilitar, porém de forma segura, o trânsito de pessoas que tanto podem estar se deslocando em razão de turismo como de negócios com retorno econômico para o Brasil. Destaca-se, enfim, que o aprimoramento de precauções, nesse âmbito, poderá, principalmente em médio e longo prazos, prevenir gastos adicionais com medidas assistenciais e de vigilância para conter eventuais emergências de saúde pública.

REFERÊNCIAS

1. Lowy M. De Marx ao ecossocialismo. In: Leite JC. Marxismo, modernidade, utopia. São Paulo: Editora Xamã; 2000. p. 227-38.

2. Campos FE. Apresentação. In: Campos FE, Werneck GAF, Tonon LM. Vigilância sanitária. 2001; Belo Horizonte: Coopmed; 2001. Cadernos de Saúde, 4. p. 7-8.

3.Organização Mundial de Saúde. Meeting on Avian Influenza an Hhuman Pandemic Influenza [base de dados na internet].. [Cited 2005 Nov]. Disponível em: http://www.who.int/mediacentre/events/2005/avian influenza/en/index.html

4. Rosenfeld S, Costa EA. Constituição da Vigilância Sanitária no Brasil. In: Rosenfeld S. Fundamentos de vigilância sanitária. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000. p. 15-40.

5. Costa EA. Vigilância sanitária: proteção e defesa da saúde. São Paulo: Hucitec; 1999.

6. Costa EA. Vigilância sanitária: promoção e defesa da saúde. 2 ed. São Paulo: Sobravine; 2004.

7. Dias HP. Flagrantes do ordenamento jurídico-sanitário. Brasília: ANVISA; 2000.

8. Callegari-Jacques SM. Distribuição qui-quadrado. In: Callegari-Jacques SM. Bioestatística: princípios e aplicações. Porto Alegre: Artmed; 2003.

9. Anuário Estatístico de 2004 [base de dados na internet]. Brasília: Ministério do Turismo (BR), Instituto Brasileiro do Turismo. [Citado em 05 Ago 2005]. Disponível em: http://www.institucional.turismo.gov.br/mintur/contentobjects/dbfiles/1C5B8B2B-E07D-D342-8200-EA902DFBEAF1.arquivo.pdf

10.Vasconcelos PFC. Febre amarela. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical [periódico na internet]. 2003 abr.; 36(2):275-93. [Citado em 20 Dez 2007]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822003000200012&lng=pt&nrm=iso. doi: 10.1590/S0037-86822003000200012

11. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Apresentação Institucional [base de dados na internet]. Brasília: Ministério da Saúde (BR), [Citado em 24 Ago 2005]. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/institucional/anvisa/apresentacao.htm

12.Vieira LJ, Oliveira MHP, Lefévre F. Situação vacinal das mães de crianças que morreram por tétano neonatal em Minas Gerais, Brasil (1997-2002). Reme Rev Min Enferm. 2006 jul./set.; 10(3):253-8.

13. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades [base de dados na internet]. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [Citado em 27 Jul 2005]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/cidadesat/ufs/rs

14. Camargo-Neves VLF, Poletto DW, Rodas LAC, Pachioli ML, Cardoso RP, Scandar SAS, et al. Investigação entomológica em área de ocorrência de febre amarela silvestre no Estado de São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública. 2005; 21:1278-86.

15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Febre Amarela [base de dados na internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2005 [Citado em 22 Nov 2005]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/svs/visualizar_texto.cfm?idtxt=21622

16. Souza EM, Grundy E. Promoção da Saúde, epidemiologia e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública. Cad Saúde Pública. 2004; 20: 1354-60.

17. Mallet AP. Orientação à saúde dos viajantes: o papel da Rede Básica de Saúde em Porto Alegre [trabalho de conclusão de curso]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Curso de Enfermagem; 2006.

18 Wendhausen A, Saupe R. Concepções de educação em saúde e a estratégia de saúde da família. Texto Contexto Enferm. 2003 Jan./Mar.; 12(1):17-25.

Data de submissão: 8/10/2008
Data de aprovação: 1º/4/2008

Reme.indd 380 12/06/2008 09:38:05

O FENÔMENO DE *REVOLVING DOOR* EM HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS DE UMA CAPITAL DO NORDESTE BRASILEIRO

THE REVOLVING DOOR PHENOMENON IN PSYCHIATRIC HOSPITALS OF A CAPITAL OF THE BRAZILIAN NORTHEAST

EL FENÓMENO DE LA PUERTA GIRATORIA (*REVOLVING DOOR*) EN HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS DE UNA CAPITAL DEL NORESTE DE BRASIL

Carla Janaína de Sousa Parente[1]
Liana Parentes Fortes Mendes[1]
Carla Nayara dos Santos Souza[1]
Dicherine Kênya Monte Silva[1]
Jaqueline Carvalho e Silva[1]
Alexandre Castelo Branco Vaz Parente[2]
Adriana da Cunha Menezes Parente[3]

RESUMO

Objetivos: estimar a ocorrência de reinternações nos hospitais psiquiátricos de um Estado no Nordeste brasileiro em 2004 e caracterizar a clientela que fez uso desse expediente no referido período. **Método:** estudo de natureza quantitativa, desenvolvido em duas instituições hospitalares psiquiátricas do Estado do Piauí (uma pública e uma privada). Os dados foram extraídos de uma amostra de 280 prontuários e fichas de identificação. Foi abordada a reinternação psiquiátrica caracterizada como uma freqüência de duas ou mais internações realizadas por um sujeito pelo período de um ano. **Resultados:** 55,7% dos pacientes apresentaram reinternações. Desses, 64,1% eram do sexo masculino; 80,1% estavam na faixa etária de 20 e 49 anos; 68,6% eram solteiros; 75,6% procedentes da capital; 59,3% com HD de Classificação (segundo a CID-10) F2x e 28,8% F1x. **Conclusão:** os resultados deste estudo demonstram um fenômeno que vivenciamos atualmente nos serviços de internação integral em hospitais psiquiátricos: a reinternação sucessiva de pacientes. Os dados trouxeram informações técnicas que podem ser vistas como parte integrante de um programa de assistência a pacientes psiquiátricos, para subsidiar o planejamento de ações e construção de projetos terapêuticos.
Palavras-chave: Unidade Hospitalar de Psiquiatria; Hospitais Psiquiátricos; Pessoas Mentalmente Doentes; Hospitalização; Readmissão Hospitalar; Desinstitucionalização

ABSTRACT

Objective: To estimate readmission occurrence in the psychiatric hospitals of a State in the Brazilian northeast, in 2004, and to characterize the patients involved. **Method:** quantitative study, carried out in two psychiatric hospitals in the State of Piauí (one public and one private). Data extracted from a sample of 280 records and identification forms were used. Psychiatric readmission was described as two or more admissions within a period of one year. **Results:** 55.7% of the patients were readmitted. Of these, 64.1% were male; 80.1% were aged 20 to 49 years; 68.6% were single; 75.6% came from the capital city; 59.3% with DH (Diagnostic Hypothesis) Classification (according to CID-10) F2x and 28.8% F1x. **Conclusions:** The results of this study show a phenomenon which we experience nowadays in the services of full admission to psychiatric hospitals, which is the successive readmission of patients. Data produced technical information that can be seen as an integral part of a psychiatric patient assistance program, to subsidize the planning of actions and construction of therapeutic projects.
Key words: Psychiatric Department, Hospital; Hospitals, Psychiatric; Mentally Ill Persons; Hospitalization; Patient Readmission; Deinstitutionalization

RESUMEN

Objetivos: estimar la incidencia de reinternaciones en hospitales psiquiátricos de un estado del noreste brasileño en 2004 y caracterizar la clientela que precisó el expediente durante dicho período. **Método:** estudio de naturaleza cuantitativa, llevado a cabo en dos instituciones hospitalarias psiquiátricas del Estado de Piauí (una pública y otra particular). Los datos se recogieron de una muestra de 280 expedientes y fichas de identificación. Se enfocó la reinternación psiquiátrica caracterizada como una frecuencia de dos ó más internaciones de la misma persona en un año. **Resultados:** el 55,7% de los pacientes volvieron a ser internados. Entre ellos el 64,1% eran varones; el 80,1% tenían entre 20 y 49 años; un 68,6% eran solteros; el 75,6% procedentes de la capital; 59,3% con HD de Clasificación (según la CID-10) F2x y un 28,8% F1x. **Conclusión:** los resultados de este estudio comprueban un fenómeno que vivimos actualmente en los servicios de internación integral en hospitales psiquiátricos: la reinternación sucesiva de pacientes. Los datos aportaron informaciones técnicas que pueden considerarse como parte integrante de un programa de asistencia a pacientes psiquiátricos, para subsidiar la planificación de acciones y construcción de proyectos terapéuticos.
Palabras clave: Servicio de Psiquiatría en Hospital; Hospitales Psiquiátricos; Enfermos Mentales; Hospitalización; Readmisión del Paciente; Desinstitucionalización

[1] Enfermeiras. Especialistas em Enfermagem. Membros do Grupo de Estudo e Pesquisa em Saúde Mental e Psiquiatria (GESMEP). Faculdade de Saúde, Ciências Humanas e Tecnológicas do Piauí. Teresina, Piauí, Brasil.
[2] Médico psiquiatra. Doutorando pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. São Paulo, Brasil.
[3] Enfermeira. Mestre em Enfermagem Psiquiátrica. Coordenadora GESMEP. Faculdade de Saúde, Ciências Humanas e Tecnológicas do Piauí. Teresina, Piauí, Brasil.
Endereço para correspondência: Rua Padre Cirilo Chaves nº 1877/802, Bairro Noivos, Teresina-PI, Brasil – Fone: (86) 3233-7033/(86) 21060700 (Coord. Enfermagem).
E-mail: aparente@novafapi.com.br.

Reme.indd 381 12/06/2008 09:38:05

INTRODUÇÃO

O processo da assistência psiquiátrica brasileira que estamos vivenciando atualmente, como um processo de reforma e de construção de uma nova política de saúde mental, iniciou-se em fins da década de 1970, com o surgimento de movimentos e dispositivos que buscavam a formulação teórica e organização de novas práticas, tendo como ponto de partida as inconveniências do modelo que fundamentou os paradigmas da psiquiatria clássica e tornou o hospital psiquiátrico a única alternativa de tratamento, acarretando na cronicidade do paciente e sendo criticado por se apresentar concentrador, reducionista, favorecedor do estigma e da exclusão, em todo o país.[1-4]

A reforma vem se configurar como um processo complexo de desconstrução de uma política hegemônica e construção participativa de um lugar social para o indivíduo acometido de transtorno psiquiátrico, mediante iniciativas setoriais na saúde, na justiça, no parlamento, na educação, na cultura e nos direitos humanos.[5]

Dessa forma, as questões referentes às alternativas e possibilidades de reformulação da assistência psiquiátrica e em saúde mental não se fazem de um lado unicamente, e, sim, com a integração dos princípios de quatro vértices: o Estado, a população oprimida, o saber psiquiátrico e o agente institucional.[6]

Percebe-se que essa postura reformista tem se expandido de maneira diversa por todo o País. Uma tentativa do desdobramento desse processo foi a criação de novos dispositivos e modalidades de assistência extra-hospitalar que operacionalizassem o atendimento e remanejassem os gastos com a assistência psiquiátrica hospitalar. Essas modalidades, que vêm sendo chamadas de serviços substitutivos, visam à reabilitação psicossocial, que representa um conjunto de meios (programas e serviços) que se desenvolvam para facilitar a vida de pessoas com problemas severos e persistentes.[7]

A implantação e a operacionalização desses novos dispositivos vêm alicerçadas por leis e portarias do governo federal que dispõem sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redirecionam o modelo assistencial em saúde mental.[8]

Espera-se, porém, que esse redirecionamento para serviços extra-hospitalares seja implementado e executado nos municípios (Estados) gradativamente à redução de internações em hospitais psiquiátricos, tendo em vista que, se não houver serviços substitutivos, os familiares e os próprios indivíduos acometidos por transtornos psiquiátricos podem permanecer visualizando a internação integral como a principal, se não a única, alternativa de tratamento, levando, conseqüentemente, ao *revolving door*, isto é, o fenômeno de porta-giratória, que se caracteriza por recorrentes internações.

A porta-giratória vem sendo estudada, desde a década de 1960,[9] como um novo fenômeno de atendimento psiquiátrico não anteriormente planejado, mas que veio como conseqüência de um modelo ainda em implementação. Dessa forma, para o entendimento do fenômeno de porta-giratória, faz-se necessário arquimediar o ponto no qual este vem alicerçado, que ocorreu com os novos paradigmas de assistência que incorporaram os serviços e as políticas de saúde, a desinstitucionalização – uma das bases teóricas para a proposta de reforma psiquiátrica brasileira.[3, 10,11]

Essa desinstitucionalização foi expandida para os países com base no modelo democrático italiano e vem guiar o processo de mudança na atenção ao paciente psiquiátrico, isto é, "de foco dominante das ações em saúde mental da área intra-hospitalar especializada para a extra-hospitalar, onde serviços ambulatoriais e centros de atenção diária, todos referidos à comunidade, passam gradativamente a assumir e dividir o papel da assistência em saúde mental".[12,3]

Assim, se não há integração, as reformas nessa área, às vezes, podem ser tratadas como desospitalização, entendida como um modelo no qual se focaliza a atenção das políticas públicas na redução de leitos hospitalares em macro-hospitais psiquiátricos, sem viabilizar condições necessárias para o atendimento extra-hospitalar, refletindo negativamente sobre a família, pois é nesta que se dá o embate com a realidade cotidiana do cuidado ao sujeito acometido de transtorno psiquiátrico. [10,11]

Vale ressaltar a importância da sobrecarga que a família enfrenta na convivência com o paciente psiquiátrico, principalmente por ocasião da alta hospitalar, desencadeando atitudes de incompreensão familiar e de rejeição, motivadoras de reinternações psiquiátricas sucessivas.[2]

Dessa forma, o que se espera da reforma psiquiátrica não é simplesmente a transferência do paciente para fora dos muros do hospital, confinando-o à vida em casa, aos cuidados de quem puder assisti-lo ou entregue à própria sorte. Espera-se o resgate ou o estabelecimento da cidadania desse sujeito, o respeito à sua singularidade e subjetividade, tornando-o ativo em seu tratamento com autonomia e integrado à sua comunidade.[2,13]

Assim, a desinstitucionalização traz no seu bojo o desafio de prestar a esse indivíduo o mínimo de recursos vitais que lhe permitam independência para as atividades de vida diária e exercício de cidadania. Imaginar o crônico há anos institucionalizado saindo lentamente do cotidiano do asilo, freqüentando as oficinas ocupacionais, os hospitais-dia, as pensões protegidas, os Centros de Atenção Psicossocial, enfim, resgatando sua livre gestão e seu direito de ir e vir, é algo que, além de muita imaginação, requer obstinação e criatividade terapêutica.[14]

O futuro da reforma psiquiátrica não está apenas no sucesso terapêutico-assistencial das novas tecnologias de cuidados ou dos novos serviços, mas na escolha da sociedade brasileira da forma como vai lidar com seus diferentes, com suas minorias, com os sujeitos em desvantagem social.[10]

É nesse cenário que o modelo reformista de assistência psiquiátrica veio reprimir longos períodos de internações e concretizar a permanência dos sujeitos no meio social. Todavia, trouxe em contraponto um freqüente ir e vir de pacientes entre o hospital e a comunidade – sucessivas reinternações – e, assim, os hospitais psiquiátricos estão se reorganizando segundo a lógica da porta-giratória.[11]

Estudos apontam que o fenômeno de porta-giratória pode-se constituir como um indicador da assistência

Reme.indd 382 12/06/2008 09:38:05

e do funcionamento dos serviços prestados em nível comunitário, porém não se pode desconsiderar que vários fatores estão envolvidos e contribuem diretamente para freqüentes reinternações. Primeiramente, deve-se considerar a história natural e a gravidade das doenças psiquiátricas. A segunda explicação está associada a fatores sociais, como o nível socioeconômico, origens culturais, carência de suporte social e familiar e deficiências do sistema de saúde, além de problemas de relacionamento e moradia.[9,15,16,17,18,19]

Assim, as reinternações psiquiátricas são contextualizadas como um processo que envolve família, o hospital, a comunidade e o paciente.[20] Todavia, não há um consenso nas pesquisas no que tange uma definição exata do que se considera fenômeno de porta-giratória, mas somente um método em comum, que considera a freqüência de reinternações e o tempo do estudo.[21]

Esse método é aplicado em vários estudos para descrever o fenômeno, porém sob diferentes definições, isto é, os pacientes têm três ou mais admissões em um período de dois anos;[22] quatro ou mais em um período de cinco anos;[9] quatro ou mais sem intervalo superior a dois anos e meio, em um período de dez anos;[23] quatro ou mais em um período de cinco anos.[24] Assim, apesar de ser um fenômeno estudado por diversos autores, não há um consenso quanto à definição operacional do que seria considerado como porta-giratória, isto é, a partir de quantas internações – em qual período de tempo – se caracterizaria tal fenômeno.

Tendo como base essa relação da freqüência e tempo de estudo para se considerar a existência de porta-giratória em um serviço, neste trabalho é abordada a reinternação psiquiátrica considerando a freqüência de duas ou mais internações realizadas por um sujeito pelo tempo de um ano, como já considerado por outros autores.[25,26]

Conhecer o padrão das internações psiquiátricas ocorridas no Estado, identificando, especialmente, as reinternações e caracterizar os sujeitos que as utilizam, pode desencadear reflexões dos profissionais da área sobre a problemática e produzir informações técnicas para auxiliar no planejamento de estratégias que venham alicerçar possíveis ou necessárias transformações para incrementar a assistência a essa população específica.

Assim, neste estudo tem-se como objetivo estimar a ocorrência de reinternações nos hospitais psiquiátricos de um Estado no Nordeste brasileiro, em 2004, e caracterizar a clientela que fez uso desse expediente no referido período.

MÉTODO

Este estudo, trabalhado com base nos pressupostos da abordagem quantitativa do tipo exploratória, descritiva e retrospectiva, foi desenvolvido em duas instituições hospitalares psiquiátricas do Estado do Piauí (uma pública e uma privada), por serem os únicos macro-hospitais e instituições de referência do Estado.

O hospital público possui 160 leitos de internação integral pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e o hospital privado atende 200 leitos SUS e 9 leitos privados. Foram consideradas somente as internações realizadas pelo SUS.

O universo do estudo foram os casos de internação psiquiátrica em 2004. Foram utilizados dados do tipo secundário, extraídos dos prontuários do hospital público e fichas de identificação no hospital privado. A amostra foi estimada com base ao número de pacientes internados no período, isto é, 2.672 prontuários e 2.634 fichas de identificação, totalizando 5.306 internações.

O plano de amostragem[27], considerando o número total de internações psiquiátricas (5.306), constituiu-se de 280 prontuários/fichas de identificação, distribuídos na perspectiva de que o erro amostral não ultrapassasse 5,7%, com nível de confiança de 95%. A amostra foi distribuída proporcionalmente em 148 prontuários e 132 fichas de identificação, que foram selecionados mediante processo aleatório de amostragem sistemática, dentro de cada dependência administrativa da instituição, pública ou privada, distribuída de acordo com a população dessas dependências no total de pacientes.

A amostragem sistemática[28] refere-se a uma estratégia que envolve a seleção de cada caso, extraído de uma lista de população em intervalos estabelecidos, sendo que o intervalo de amostragem é a distância-padrão entre os elementos escolhidos para a amostra.

Partindo da perspectiva de que o paciente pode internar-se em ambos os hospitais, foi realizado um rastreamento de todos os prontuários/fichas de identificação selecionados nos dois hospitais, para que pudéssemos obter dados fidedignos quanto ao número de internações em 2004.

As variáveis da pesquisa – sexo, faixa etária, estado civil, hipótese diagnóstica, procedência e número de internações – foram registradas em um formulário previamente construído. Não foi possível obter outras informações com base nos dados dos registros utilizados neste estudo.

As informações (dados coletados) foram processadas eletronicamente por meio do programa Statistical Product and Service Solutions (SPSS) – versão 11.0.

O estudo teve sua aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Saúde, Ciências Humanas e Tecnológicas do Piauí (NOVAFAPI) e obedeceu a todos os preceitos éticos e legais da pesquisa que envolve seres humanos.

RESULTADOS

Da amostra de 280 pacientes internados, 44,3% possuíram somente uma internação em 2004, e 55,7% possuíam duas ou mais internações no mesmo, sendo estes últimos pacientes considerados inseridos no grupo reinternação. Os dados da Tabela 1 mostram a distribuição dos pacientes internados, o número de internações por paciente e o total das internações.

Reme.indd 383 12/06/2008 09:38:05

TABELA 1 – INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS NO ESTADO DO PIAUÍ (AMOSTRA). ANO 2004

	Nº	%	Cumulativo %
1 internação	124	44,3	44,3
2 internações	56	20,0	64,3
3 internações	32	11,4	75,7
4 internações	23	8,2	83,9
5 internações	12	4,3	88,2
6 internações	14	5,0	93,2
7 ou + internações	19	6,8	100

Fonte: SAME (Hospitais Psiquiátricos).

A média geral do número de internações por ano foi de 2,60 (desvio-padrão = 2,16). Visto que o objeto desse estudo é a reinternação psiquiátrica, somente os dados referentes a pacientes que se encaixaram nesse perfil foram trabalhados. Desse modo, a amostra limitou-se a 156 pacientes.

Entre as taxas de reinternação psiquiátrico-hospitalar encontra-se uma média de 3,87 (desvio-padrão = 2,19) internações por paciente no ano estudado. Se distribuíssemos as internações desses pacientes ao longo do ano, teríamos uma média de uma internação a cada 3,1 meses por paciente.

Quanto ao perfil sociodemográfico, foram avaliadas as variáveis sexo, faixa etária, estado civil e a procedência (Tabela 2). Pode-se observar o predomínio de homens, com um número de 100 pacientes, correspondendo a 64,1%. A faixa etária predominante da população estudada estava entre[20-49] anos, representando 80,1%, sem diferenças percentuais significativas entre os três grupos etários pertencentes a essa faixa.

TABELA 2 – REINTERNAÇÃO EM HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS – PERFIL DA AMOSTRA POR INSTITUIÇÃO, SEXO, FAIXA ETÁRIA, ESTADO CIVIL ESTADO DO PIAUÍ. ANO 2004

		N	%
Instituição	Hospital privado	89	57,05
	Hospital privado	20,0	42,95
Total		156	100,00
Sexo	Masculino	100	64,10
	Feminino	56	35,91
Total		156	100,00
Faixa etária	< = 19	3	1,92
	20 – 29	40	25,64
	30 – 39	41	26,28
	40 – 49	44	28,21
	50 – 59	20	12,82
	> = 60	8	5,13
Total		156	100
Estado civil	Casado/amasiado	34	21,79
	solteiro	107	68,59
	Divorciado/separado	10	6,41
	viúvo	5	3,21
Total		156	100
Procedência	Capital – PI	119	76,3
	Iterior – PI	13	8,3
	Outros Estados	24	15,4
Total		156	100

Fonte: SAME (Hospitais Psiquiátricos)

Com relação ao estado civil, os dados revelam que nossa amostra de pacientes com reinternações psiquiátricas era composta, majoritariamente, por indivíduos sem relacionamento conjugal: 78,20% – sendo, principalmente solteiros (68,59%), seguidos pelos divorciados/separados (6,4%) e viúvos (3,2%). O índice percentual de casados/amasiados foi de 21,79%.

Quanto à procedência dos pacientes, observa-se que o maior percentual provém da própria capital do Estado do Piauí – Teresina (75,3%). As internações por encaminhamentos do interior do Estado correspondem a 8,3% e de outros Estados, 15,4%.

Com relação às reinternações provenientes de outros Estados, sobressai o Estado do Maranhão, com 95,8% (principalmente o município de Timon, vizinho à cidade de Teresina), seguido do Estado do Pará (4,2%).

Em relação à distribuição por sexo, o grupo de provenientes de outros Estados apresentou o predomínio de mulheres (64%). Quanto à distribuição por faixa etária e estado civil, não houve diferença do perfil dos grupos provenientes do Estado do Piauí e dos outros Estados.

Quanto à população procedente do interior do Estado do Piauí (9%), observa-se que sobressai o sexo masculino, com faixa etária entre 20 a 29 anos, sendo a maioria solteira. Essa amostra foi composta de 13 pacientes provenientes de 10 municípios diferentes, não havendo, portanto, predomínio de algum município.

Como referido, o maior número de pacientes com reinternação psiquiátrica procede da capital do Estado do Piauí (76,3%). Para melhor visualizar a área geográfica de precedência desses pacientes no município de Teresina, foi realizado um agrupamento dos bairros por zona de localização. Percebe-se que o maior índice de reinternação psiquiátrica origina-se da Zona Centro-Norte (47,1%), seguida dos da Zona Sul (28,6%), Zona Sudeste (10,9%), Zona Leste (10,9%) e Zona Rural (2,5%). Dos pacientes pesquisados, o sexo masculino e o estado civil solteiro predominaram em todas as zonas de Teresina.

Quanto à hipótese diagnóstica (HD), a maior freqüência dos casos de reinternação foi de pacientes com esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes (F2x), que apresentou um percentual de 58,3% dos casos (Tabela 3).

Também com um índice percentual relevante observam-se os transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas (F1x), com 28,8% dos pacientes estudados.

Em uma relação entre HD e sexo, observa-se que não há diferença estatística entre os sexos masculino (48 pacientes) e feminino (46 paciente) para F2x. Em contrapartida, para a classificação F1x sobressai o sexo masculino (44 pacientes) sobre o feminino (2 pacientes).

Reme.indd 384 12/06/2008 09:38:05

TABELAS 3 – PACIENTES READMITIDOS NAS INSTITUIÇÕES PSIQUIÁTRICAS DO ESTADO DO PIAUÍ – SEGUNDO A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA. ANO 2004

	N	%
Classificação F0x	3	1,9
Classificação F1x	45	28,8
Classificação F2x	91	58,3
Classificação F3x – episódio maniaco	6	3,8
Classificação F3x– episódio depressivo	1	0,7
Classificação F3x – episódio outros	1	0,7
Classificação F4x	3	1,9
Classificação F7x	5	3,2
Classificação – outros	1	0,7
Total	156	100

Fonte: SAME (Hospitais Psiquiátricos).

Em relação ao HD e à faixa etária, pacientes com Classificação F2x apresentaram faixa etária menor quando comparados a pacientes com F1x. Em ambas as classificações sobressaíram pacientes solteiros/divorciados/viúvos.

Dos pacientes da amostra, 10 apresentaram uma segunda hipótese diagnóstica; desses quatro tiveram Classificação – outros, três F2x, um F1x, um F3x – episódio depressivo e um F7x.

Comparando os dois grupos do estudo – grupo de uma internação/ano e grupo de duas ou mais internações/ano – com relação às variáveis sexo, faixa etária, estado civil e HD, não foram encontradas diferenças significativa. Contudo com relação à procedência, percebe-se que houve um aumento, no grupo de uma internação/ano, de pacientes do interior do Estado (1 internação/ano = 21,9%, 2ou + internações/ano = 8,3%).

DISCUSSÃO

O estudo mostra que o número de reinternações psiquiátricas no Estado do Piauí revela o fenômeno da porta-giratória, também conhecido como fenômeno de *revolving door*, com uma taxa de reinternação de 55,7% em 2004, no Estado do Piauí. Esse percentual ultrapassa a estimativa[20] e os índices encontrados em outros estudos,[9,21,23,29] podendo revelar-se fator preocupante no que diz respeito aos serviços extra-hospitalares de acompanhamento ao paciente.[30]

Os hospitais psiquiátricos do Estado do Piauí tiveram seu número de leitos diminuído nos últimos anos para se adequarem às normas do Ministério da Saúde (MS), que vem trabalhando em prol do que se propõe na Reforma Psiquiátrica. Esse novo modelo de assistência prima pelo atendimento com base na atenção primária, indicando que todas as tentativas de atendimento em serviços substitutivos antes de um paciente ser submetido a uma internação integral em hospital psiquiátrico devem ser esgotadas. Para tanto, o MS lançou incentivo para que os municípios busquem nos serviços uma forma de atendimento prioritário na Saúde Mental.

No Estado do Piauí, porém, especificamente no município de Teresina (procedência com índice maior de reinternação), os serviços de atendimento extra-hospitalar não estão sendo implementados na mesma proporção para atender a população, o que pode estar ligado ao resultado encontrado nesse estudo. Vale a pena ressaltar que, à época em que foi realizado o estudo, o município contava com um Centro de Atenção Psicossocial – álcool e drogas (CAPSad) – e um CAPSi (infantil). Recentemente, em 2006, foram implantados dois serviços de CAPS-II. Todavia, a cidade contava com 715.360 habitantes em 2000, sendo claramente necessária a implantação de novos serviços.[31]

Essa elevada freqüência de reinternações psiquiátricas pode desencadear problemas de cunho social, também, pois esse paciente volta para a comunidade e esta deve procurar meios para identificar o que fazer e como agir com esses sujeitos que recebem alta hospitalar, são sucessivamente reinternados e posteriormente, reencaminhados ao seu meio social.[32]

Assim, o fechamento dos hospitais, ou a redução de leitos sem serviços alternativos na comunidade para atender à demanda, é tão arriscado como criar serviços alternativos sem promover medidas para diminuição de internação integral em hospitais psiquiátricos. Ambos devem ocorrer simultaneamente.[22]

Há autores que afirmam que em um sadio processo de desinstitucionalização há três componentes essenciais: prevenção de internações psiquiátricas que poderiam ser mantidas facilmente na comunidade, mudança para a comunidade de pacientes institucionalizados por longo tempo com preparação adequada e estabelecimento e manutenção de um sistema de suporte para pacientes não institucionalizados.[22]

Ainda, há estudos que apontam fatores de proteção que podem minimizar as reospitalizações, dentre os quais se destacam a adesão ao medicamento, o suporte social, a percepção menos negativa da própria doença, a abstinência de álcool e outras drogas, bem como a adoção de medidas de planejamento que envolvam posição geográfica dos serviços, reais necessidades da população-alvo, equipe disponível e treinada, avaliação constante dos serviços e identificação (investigação) da população que sofre com as constantes reinternações psiquiátricas.[15,16,33]

Assim, quanto à caracterização dos pacientes de *revolving door*, observa-se, à semelhança de outros estudos,[22,34] o predomínio de homens. Contudo, há também estudos que relataram o predomínio de mulheres.[9,23,24,29]

A faixa etária predominante da população estudada, de 20 a 49 anos (80,1%), ratifica outros estudos.[9,22,29]

Quanto ao estado civil, os dados apresentaram uma população de reinternação psiquiátrica que não possui uma relação conjugal (78,20% de solteiros, divorciados/separados e viúvos) e é compatível com a literatura.[23,34]

O suporte social e familiar é considerado, na psiquiatria, fator influenciador no que tange ao curso e prognóstico das doenças psiquiátricas.[35,36,37] Assim, pode-se considerar que os sujeitos que sofrem sucessivas reinternações tanto podem ser mais suscetíveis a internações, por causa da deficiente estrutura familiar, como a própria doença e as reincidentes internações podem aumentar o risco de

Reme.indd 385 12/06/2008 09:38:06

enfraquecimento do suporte familiar. Estudo que mede aceitação/rejeição de pacientes psiquiátricos com uma ou mais reinternações mostra que o índice de rejeição foi grande, e com tendência a aumentar, à medida que cresce o número de reinternações.[38]

Quanto à procedência, o estudo mostrou que os pacientes que residem próximo aos hospitais psiquiátricos apresentam tendência maior à reinternação, fato observado tanto com relação ao município (Teresina) quanto a zona/bairro (Centro-Norte), o que pode ser explicado pela proximidade geográfica e pela facilidade do acesso às instituições hospitalares.

Quanto à Hipótese Diagnóstica, à semelhança de outros estudos, houve maior freqüência dos casos de reinternação psiquiátrica com Classificação F2x.[9,22] De fato, a esquizofrenia é um distúrbio comum, que afeta 1% da população geral em diferentes culturas.[37]

Ao contrário de estudos que apresentam um perfil masculino para F2x,[22,23,24] porém, não houve diferença significativa nos resultados aqui discutidos, o que vai ao encontro da literatura clássica, que apresenta igual prevalência entre os sexos.[35]

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo demonstram um fenômeno que vivenciamos, atualmente, nos serviços de internação integral em hospitais psiquiátricos, que é a reinternção sucessiva de pacientes. Os dados produziram informações técnicas que podem ser vistas como parte integrante de um programa de assistência a pacientes psiquiátricos para subsidiar o planejamento de ações e a construção de projetos terapêuticos.

Portanto, o grande desafio está na construção de uma rede de alternativas à internação psiquiátrica que esteja de acordo com as necessidades dos pacientes que estão sendo desinstitucionalizados. É fundamental, porém, que haja investimento político e aplicação de recursos crescente na prestação de serviços extra-hospitalares, terapêuticos, eficazes e com resolutividade.

REFERÊNCIAS

1. Ogata MN, Furegato ARE, Saeki T. Reforma sanitária e reforma psiquiátrica no Brasil: convergências e divergências. Nursing (São Paulo). 2000;45(25):24-29.
2. Gonçalves AM, Sena RR. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. Rev Latino-Am Enferm. 2001; 9(2):48-55.
3. Amarante P. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2001.
4. Lancman S. Instituições psiquiátricas e comunidades: um estudo de demanda em saúde mental no Estado de São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública. 1997; 13(1):93-102.
5. Delgado P. Conferência sobre reforma psiquiátrica. In: IV Fórum de Saúde Mental. Teresina, set. 2004.
6. Luz M. A história de uma marginalização: a política oficial de saúde mental – ontem, hoje, alternativas e possibilidades. In: Amarante P, Organizador. Psiquiatria social e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: FIOCUZ; 2002. p.85-95.
7. Pitta A. Reabilitação psicossocial no Brasil. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2001.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº. 10.216, 06 de Abril de 2001. Senado Federal. 2001. [Citado em 09 set 2004] Disponível em. http://www.senado.gov.br/legislação/lista publicações.
9. Gastal LB, Andreoli SB, Quintana MIS, Gameiro MA, Leite SO, McGrath J. Predicting the revolving door phenomenon among patients with schizophrenic, affective disorders and non-organic psychoses. Rev Saúde Pública. 2000; 34(3):280-5.
10. Amarante P. O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2000.
11. Rotelli F, Leonardis O, Mauri D. Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec; 1990.
12. Jorge MR, Franca JMF. A Associação Brasileira de Psiquiatria e a Reforma da Assistência Psiquiátrica no Brasil. Rev Bras Psiquiatr. 2001; 23(1):3-6.
13. Fraga MNO. A enfermagem psiquiátrica frente ao processo de desospitalização. In: Anais do 50º Congresso Brasileiro de Enfermagem, Salvador, 1999.
14. Vietta EP, Kodato S, Furlan R. Reflexões sobre a transição paradigmática em saúde mental. Rev Latino-Am Enferm. 2001; 9(2):97-103.
15. Haver E, Baruch Y, Kotler M. The structural reform of mental health services. J Psychiatry Relat Sci. 2003; 40(4):235-7.
16. Kent S, Yellowlwss P. Psychiatric and social reasons for frequent rehospitalization. Hosp Com Psychiatry. 1994; 45(4):347-50.
17. Bandeira M. Desinstitucionalização ou transinstitucionalização: lições de alguns países. J Bras Psiquiatr. 1991; 40(7):355-60.
18. Camarotti MH. Instituição aberta de saúde mental: um novo paradigma de atendimento. Rev Saúde Distrito Federal (Brasília). 1997; 8(4):32-5.
19. Silva MC, Stefanelli MC. Estudo preliminar sobre fatores que levam a reinternação de pacientes em hospitais psiquiátricos. Rev Paul Enferm. 1991; 10(1):21-8.
20. Solomon P, Doll W. The varietes of redimission: the case against the use of redivism rates as a measure of program efectiveness. Am J Ortho-Psyquiatr. 1979; 49(2):230-9.
21. Montgomery P, Kirkpatrick H. Compreendendo aqueles que procuram os hospitais psiquiátricos freqüentemente. Nursing (São Paulo). 2002; 16(1):16-24.
22. Santos R, Rocha JSY. Estudo das re-internações psiquiátricas na região de Ribeirão Preto no período de 1998-1999 [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2003.
23. Kastrup M. Who became revolving door patients? Findings from a nation-wide cohort of first time admitted psychiatric patients. Acta Psychiatry Scand. 1987; 76(1):80-8.
24. Lewis T, Joyce TR. The new resolving-door patients: results from a national cohort of first admissions. Acta Psychiatry Scand. 1990; 82(2)130-5.
25. Havassy BE, Hopkin JT. Factors predicting utilization of acute psychiatric inpatient services by frequently hospitalized patients. Hosp Comm Psychiatry. 1989; 40(8):820-3.
26. Swigar ME, Astrachan B, Levine MA, Mayfield V, Radovich C. Single and repeated admissions to a mental health center: demographic, clinical and use of service characteristics. Int J Soc Psychiatry. 1991; 37(4):259-66.
27. Silva NN. Amostragem probabilística: um curso introdutório. São Paulo: USP; 1998.
28. Lobiondo-Wood G, Haber J. Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2001.
29. Vogel S, Huguelet P. Factores associate with multiple admissions to a public psychiatric. Acta Psychiatric Scand. 1997; 95:244-53.
30. Morgado A, Lima LA. Desinstitucionalização: suas bases e a experiência internacional. J Bras Psiquiatr. 1994; 43(1):19-28.
31. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. Censo Demográfico 2004. [Citdado em set. 2007]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/notícias
32. Contel JOB. Contribuições ao estudo comparative da assistencia ambulatorial psiquiatrica pública em Ribeirão Preto (SP). J Bras Psiquiatr. 1994; 43(3):133-40.
33. Ledoux Y, Minner P. Occasional and frequent repeaters in a psychiatric emergency room. Social Psychiatr Psychiatr Epidemiol. 2006; 41(2)115-21.
34. Goodpastor WA, Hare BK. Factors associated with multiple readmissions to an urban public psychiatric hospital. Hosp Comm Psychiatry. 1991; 42(1):85-7.
35. Sadock BJ, Sadock VA. Compendio de psiquiatria. São Paulo: Artmed; 2007.
36. Stuart GW, Laraia MT. Enfermagem psiquiátrica: princípios e práticas. São Paulo: Artmed; 2001.
37. Laranjeira OP, Dratcu L, Almeida OP. Manual de psiquiatria. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1996.
38. Sgambati ERV. Reinternação e rejeição familiar: um estudo com paciente psiquiátricos [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP; 1993.

Data de submissão: 27/11/2007
Data de aprovação: 11/3/2008

Reme.indd 386 12/06/2008 09:38:06

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO E GESTÃO DO SISTEMA DE SAÚDE – UMA TRAJETÓRIA POSITIVA DE INTEGRAÇÃO*

UNIVERSITY HOSPITAL AND HEALTH SYSTEM MANAGEMENT – A POSITIVE INTEGRATION TRAJECTORY

HOSPITAL UNIVERSITARIO Y GESTIÓN DEL SISTEMA DE SALUD – TRAYECTORIA POSITIVA DE INTEGRACIÓN

Maria do Carmo[1]
Eli Iôla Gurgel Andrade[2]
Joaquim Antônio César Mota[3]

RESUMO
No Brasil, os Hospitais Universitários (HUs) viveram diferentes formas de inserção no sistema de saúde. A partir da década de 1980, ganharam maior relevância assistencial, com a retração da prestação de serviços pelo setor filantrópico e privado ao sistema público de saúde. Neste trabalho objetiva-se descrever e analisar a trajetória de integração do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG) ao sistema municipal de saúde de Belo Horizonte, no período de 1996 a 2004, no contexto nacional do SUS e das políticas traçadas para os HUs. Foram realizadas pesquisas bibliográfica e documental para conhecer a relação dos HUs com o sistema de saúde ao longo de sua existência e as especificidades da relação entre o HC-UFMG e o sistema municipal de saúde. Por meio de entrevistas semi-estruturadas, identificamos os fatores facilitadores e dificultadores da integração, na visão de atores envolvidos no processo. Apesar dos conflitos gerados pelo enfrentamento dos poderes e práticas instituídos no HU e do novo desafio para o município de gerir esse hospital, a experiência é considerada positiva. Houve ampliação e maior eqüidade de acesso aos serviços, contribuindo para a redução de estrangulamentos do sistema de saúde. Ampliaram-se as possibilidades de atividades de ensino, além de ganhos organizacionais e financeiros. Decorrida mais de uma década de sua implementação, a experiência contribui, agora, para a discussão sobre novas e urgentes mudanças nas estruturas de sustentação e organização dos HUs no conjunto dos serviços de saúde no Brasil.
Palavras-chave: Serviços de Integração Docente-Assistencial; Hospitais Universitários; Sistema Único de Saúde; Administração Hospitalar

ABSTRACT
In Brazil, University Hospitals have had different forms of participation within the health system. Since the 1980´s they have become more relevant with the reduction of services provided by the philanthropic and private hospitals to the public health system. This work intends to describe and analyze how the University Hospital (Hospital das Clinicas) of the Federal University of Minas Gerais (HC-UFMG) joined the health system of the city of Belo Horizonte, in the period between 1996 and 2004, within the national context of both the National Public Health System (SUS, in Brazil) and the policies introduced to the UH. Bibliographical and documental research was carried out to learn more about the relationship of the UH with the health system throughout the years, as well as the specificities of the relationship between the UH and the health system. Through semi-structured interviews, we have identified factors that can either help or hinder integration in the eyes of the actors involved in the process. Despite the conflicts created by the confronting of powers and practices instituted in the UH, besides the new municipal management challenge brought by the management of a University and Teaching Hospital, the experience has been positive. There has been an enlargement and more service user's access equity, helping to reduce the difficulties of the health system. The teaching activities have been enlarged, and there have also been financial and organizational gains. Over a decade after its implementation, it is useful in the discussion about new and urgent changes in the UH sustainability and organizational structure of the UH within the Brazilian health system.
Key words: Teaching Care Integration Services; Hospitals, University; Single Health System; Hospital Administration

RESUMEN
En Brasil los hospitales universitarios (HU) se insertaron de varias formas en el sistema de salud. A partir de la década de 1980 adquirieron mayor relevancia asistencial con la retracción de la prestación de servicios del sector filantrópico y privado al sistema público de salud. En este trabajo el objeto es describir y analizar la trayectoria de integración del Hospital de Clínicas de la Universidad Federal de Minas Gerais (HC-UFMG) al sistema municipal de salud de Belo Horizonte, en el período de 1996 a 2004, dentro del contexto nacional del SUS y de las políticas trazadas para los HU. Se realizó investigación bibliográfica y documentaria para conocer la relación de los HU con el sistema de salud durante su existencia y las especificidades de la relación entre el HC-UFMG y el sistema municipal de salud. Por medio de entrevistas semiestructuradas, identificamos los factores facilitadores o dificultadores de la integración, desde el punto de vista de atores involucrados en el proceso. A pesar de los conflictos generados por el enfrentamiento de los poderes y prácticas instituidos en el H.U. y del nuevo reto para el municipio de administrar este hospital, la experiencia ha sido considerada como positiva. El acceso a los servicios aumentó y se volvió más equitativos, y, de esta forma, contribuyó a reducir estrangulamientos del sistema de salud. Aumentaron las posibilidades de actividades de enseñanza parte de los beneficios organizacionales y financieros. Después de más de diez años de su implementación, la experiencia contribuye, ahora, a la discusión sobre nuevas y urgentes cambios en las estructuras de sustentación y organización de los H.U. en el conjunto de los servicios de salud en Brasil.
Palabras clave: Servicios de Integración Docente Asistencial; Hospitales Universitarios; Sistema Único de Salud; Administración Hospitalaria

[1] Médica. Mestre em Saúde Pública. Secretária municipal adjunta de Saúde de Belo Horizonte. Minas Gerais, Brasil.
[2] Economista. Doutora em Demografia. Professora adjunta do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da UFMG. Minas Gerais, Brasil.
[3] Médico. Doutor em Pediatria. Professor Associado do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da UFMG. Minas Gerais, Brasil.
Endereço para correspondência: Rua Armindo Chaves nº 198, apto. 602, Barroca, Belo Horizonte-MG, Brasil – CEP 30.430.440. E-mail: maric@pbh.gov.br.

Reme.indd 387 12/06/2008 09:38:06

INTRODUÇÃO

Os Hospitais Universitários (HUs) foram criados diante da necessidade de unidades assistenciais nas quais se articulassem ensino, pesquisa e a habilitação de profissionais de saúde, o que acabou conferindo características historicamente peculiares à assistência prestada por essas instituições. Até a década de 1950, as instituições filantrópicas serviram como campo de formação de profissionais de saúde.[1] Nos trinta anos seguintes, com a proliferação de escolas públicas de medicina, o ensino médico passou a ser desenvolvido em hospitais vinculados àquelas instituições, notadamente as da esfera federal. Com o fim do financiamento por orçamentação via MEC, na década de 1980, esforços para a manutenção dos HUs foram redirecionados para a crescente venda de serviços para o setor público e suplementar de saúde. Desde então, as crises de financiamento dos HUs são fato recorrente, sinalizando para maior dependência financeira dos HUs em relação ao Ministério da Saúde.

Por outro lado, a retração da prestação de serviços dos hospitais privados e filantrópicos para o setor público, em decorrência da coibição de fraudes e valores não atrativos da tabela de procedimentos,[2] levou o sistema público a se tornar cada vez mais dependente do setor estatal para viabilizar o acesso da população aos serviços de saúde.[3] Nesse sentido, criou-se, em contrapartida, maior dependência do Ministério da Saúde em relação à prestação de serviços pelos HUs federais.

Tais fatores, aliados à criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, à descentralização da gestão e à implementação dos mecanismos de regulação dos serviços pela gestão local, estreitaram as relações entre hospitais universitários e de ensino e os gestores do sistema. No entanto, essa necessária aproximação não tem ocorrido sem conflitos. Parafraseando Cecílio, o hospital universitário que a comunidade hospitalar e acadêmica vê não é o mesmo que o gestor do sistema de saúde vê.[4]

A integração do Hospital das Clínicas da UFMG ao sistema municipal de saúde de Belo Horizonte (SUS/BH) constituiu-se em estudo de caso cujo objetivo foi descrever e analisar a trajetória de aproximação e parceria realizada no período de 1996 a 2004, identificando seus fatores facilitadores e dificultadores nos aspectos da gestão do sistema de saúde e do hospital, da relação com o ensino e da assistência. O estudo de caso gerou este trabalho.

Hospitais Universitários e o sistema de saúde no Brasil: paralelismos e convergências

No Brasil, as primeiras experiências de integração ensino-assistência se deram a partir de 1808, com a criação, por D. João VI, da Escola de Cirurgiões, que posteriormente se transformou na Faculdade de Medicina da Bahia. Passados oito meses, com a transferência da família real para o Rio de Janeiro foi também criada a Escola de Cirurgiões nessa cidade, hoje Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Ambas utilizavam as Santas Casas de Misericórdia como campo de ensino.[5]

Contudo, a convivência do poder médico-docente com as instituições religiosas foi se tornando conflitiva, de modo que, como afirma Clemente[5] com a intenção de deter toda a administração dos serviços, autoridades do ensino pleitearam a criação de hospitais próprios. Em 1948, foi criado o primeiro Hospital de Clínicas federal, em Salvador-BA. Com o surgimento de diversas faculdades de medicina a partir da década de 1970, houve a expansão dos hospitais universitários, que se tornaram a base dos sistemas de formação médica e os principais centros de atendimento da alta complexidade do país.[1] O sistema de ensino por cátedras, que prevaleceu no Brasil até a Reforma Universitária de 1969, submetia a forma de organização dos hospitais ao poder da instituição de ensino, desde a ocupação dos espaços físicos até a lógica de funcionamento dos diversos setores como ambulatórios e enfermarias. Os privilégios dos catedráticos tinham precedência às normas de administração hospitalar.[5] Em seminário realizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1995, para avaliar "o estado-da-arte" dos HUs em 22 países, mostrou-se que eram centros de atenção médica de alta complexidade, que apresentavam forte envolvimento em atividades de ensino e pesquisa, alta concentração de recursos físicos, humanos e financeiros em saúde e exerciam papel político importante na comunidade na qual se encontravam inseridos, em decorrência da sua escala, dimensionamento e custos.[6] A ascensão e declínio do modelo médico assistencial privatista entre as décadas de 1960 e 1980, a celebração de convênios dos HUs com o Ministério da Assistência e Previdência Social, em 1982, e a criação da Autorização de Internação hospitalar (AIH), em 1983, repercutiram fortemente nesses hospitais. Desde então, grande parte do financiamento hospitalar dos HUs passou a ter como contrapartida a prestação de serviços assistenciais, sendo o pagamento conforme a produção de serviços e não mais por orçamentação global.

Corporativamente, os HUs organizam-se em uma associação, a Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (ABRAHUE), criada em 1989, durante o *XXVII Congresso da Associação Brasileira de Ensino Médico*. A ABRAHUE, aliada às associações de especialidades médicas, desempenhou importante papel na sustentabilidade financeira dos HUs, com movimentos no Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que acabaram resultando em repasses crescentes de recursos aos hospitais por ela representados.[7] A crise econômica da década de 1980 impôs forte retração de recursos destinados aos HUs (pelo MEC), que acabaram, àquela época, tornando-se unidades de custos mais elevados, transformando-se em "bodes expiatórios" da crise financeira das universidades às quais pertenciam.[8]

Ao final da década de 1980, o movimento da Reforma Sanitária resultou na Constituição de 1988, que criou o SUS. A Lei Orgânica da Saúde – Lei nº 8.080, de 1990/MS – estabeleceu em seu art. 45:

> Os serviços dos Hospitais Universitários e de Ensino integram – se ao Sistema Único de Saúde – SUS, mediante convênio, respeitada sua autonomia administrativa em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão, nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculado.[9]

Reme.indd 388 12/06/2008 09:38:06

Com a descentralização prevista na lei orgânica da saúde, a celebração de contratos e convênios com a rede prestadora de serviços passou a ser de responsabilidade dos municípios, substituindo os antigos contratos do INAMPS, dentre eles os convênios com os HUs. No contexto da descentralização do SUS e de crise das universidades e seus HUs, diversas soluções foram apontadas. Segmentos defendiam dos HUs para os gestores do SUS, bem como outros, sua transformação em Organizações Sociais. Foi defendida, também, a privatização deles criando estruturas voltadas exclusivamente para o setor suplementar.[1] Campos enfatizava a proposta de co-gestão entre universidade e gestor do SUS em unidades que garantissem a atividade docente assistencial nas diversas modalidades de atenção hospitalar, ambulatorial e domiciliar.[10] Para a ABRAHUE, uma das soluções para a crise poderia ser a celebração de Contratos de Gestão entre os HUs e os gestores do SUS, com metas quantitativas e qualitativas, ultrapassando a convencional lógica de remuneração por serviços, evitando, porém, o desperdício associado à dotação orçamentária sem compromisso de metas.[11]

A trajetória institucional de integração dos HUs ao SUS

Em 2004, existiam no País 147 hospitais classificados como universitários e de ensino. Desses, 45 estavam diretamente vinculados ao MEC, 49 eram estaduais, 42 eram filantrópicos e o restante (11) estava vinculado a municípios, ao Ministério da Saúde e ao setor privado. Em seu conjunto, os HUs possuíam 10,3% dos leitos hospitalares cadastrados no País. Dos 4.800 leitos de UTI, 25,6% estavam nesses hospitais, responsáveis por 37,6% dos procedimentos de alta complexidade realizados em 2003.[12] Os dados da Secretaria de Ensino Superior do MEC para o mesmo ano permitem afirmar que foram, também, responsáveis pela formação da maioria dos 92.783 formandos dos 11 cursos de nível de graduação da área da saúde, além de campo de formação em serviço para 22.000 médicos residentes. Nos 45 HUs federais estavam, em 2004, 48.525 alunos, sendo 26.308 de graduação, 3.775 médicos residentes e o restante distribuído entre cursos de especialização, mestrado, doutorado e internatos. Foram produzidas cerca de 2 mil teses e 4 mil dissertações,[13] atestando a importância desses hospitais para o sistema de saúde e a importância da criação de política para sua efetiva inserção no SUS, seja no aspecto assistencial, seja quanto ao ensino e à pesquisa.

A criação do Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa (FIDEPS), em 1991, foi decisiva na relação dos HUs com o SUS, por significar, durante sua evolução, adicionais no faturamento de 25% a 75% sobre a produção das internações hospitalares. Em 1993, nova regulamentação vinculava o repasse do incentivo a metas de integração dos HUs ao sistema, determinando até mesmo que o percentual mínimo de 70% dos leitos dos HUs seriam destinados ao SUS.[14] Em 1999, o repasse do incentivo foi condicionado à celebração de contrato de gestão entre o HU e o gestor do SUS.[15] Era a primeira iniciativa concreta, desde o convênio MEC/MPAS de 1982, que reconhecia o distanciamento existente entre os hospitais de ensino e a gestão do SUS, utilizando a situação financeira para argumentar a importância da sua integração.

A seguir, por falta de recursos suficientes nos fundos municipais e estaduais de saúde e/ou de pactos de interesse da gestão do SUS, os valores do FIDEPS, tenderam a permanecer fixos ou obter acréscimos aquém do que seria esperado na lógica anterior. Esse fato contribuiu para agravar a situação de desfinanciamento dos HUs, desestimulando iniciativas direcionadas à sua integração ao sistema público de saúde.

Em 2003, foi criada comissão interinstitucional com o objetivo de avaliar e diagnosticar a situação dos HUs, visando reorientar e/ou formular a política nacional para o setor.[16] Em 2004, novos critérios de certificação das instituições como Hospitais de Ensino foram estabelecidos e, entre os pré-requisitos obrigatórios colocados para a sua certificação, estão a participação nas políticas prioritárias do SUS; a colaboração ativa na constituição de uma rede de cuidados progressivos em saúde, estabelecendo relações de cooperação técnica no campo da atenção à saúde, e da docência com a rede básica, de acordo com as realidades regionais; a destinação de 100% dos seus leitos ao SUS no prazo de quatro anos; e a manutenção, sob regulação do gestor local do SUS, da totalidade dos serviços contratados.[17]

Ainda em 2004, foi criado o Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários e de Ensino do Ministério da Educação no SUS. Foram definidos recursos para o financiamento deles, que deveriam englobar todas as modalidades já existentes (pagamento por produção, FIDEPS, Programa de Reforço à Manutenção dos Hospitais Universitários), além do incentivo à contratualização que seria repassado pelo Ministério da Saúde. A atenção de média complexidade passaria a ser financiada por orçamentação específica.[18]

O programa, ao prever a contratualização dos hospitais com os gestores do SUS, com base em estratégias de atenção pactuadas, levando em consideração aspectos relacionados à gestão, formação e educação, pesquisa e avaliação tecnológica em saúde, constituiu-se na primeira modalidade, após 30 anos, de financiamento não vinculado exclusivamente à produção.

Em 2006, o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão enviou à Presidência da República projeto de lei complementar, já apresentado ao Legislativo, propondo a criação de fundações estatais de direito privado para a realização de atividades que não exigissem a execução direta pelo Estado, dentre elas as atividades de atenção à saúde. Nessa proposta estava contida a intenção de serem criadas fundações para a gestão de hospitais públicos, cujo foco principal seriam os hospitais federais e os HUs federais. O projeto prevê que as fundações terão autonomia gerencial, orçamentária e financeira, patrimônio próprio, receitas mediante a prestação de serviços e doações, contratação de recursos humanos pelo regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), mediante concurso público, obedecendo ao artigo 37 da Lei Federal nº 8.666/1993, inciso 37, com regulamento próprio. Assim organizadas, caberá às fundações a celebração de contratos de gestão com o Poder Público, prevendo a prestação de serviços, condição para obter arrecadação de recursos públicos.[19]

Reme.indd 389 12/06/2008 09:38:06

MATERIAL E MÉTODOS

Para a consecução dos objetivos do estudo, foi utilizada a combinação de metodologias: entrevistas semi-estruturadas com o secretário municipal de saúde de Belo Horizonte, com o diretor-geral do HC-UFMG, e com a direção do Conselho de Saúde do hospital, dos quais obtivemos termos de consentimento livre e esclarecido. Na manifestação desses sujeitos, pudemos conhecer a visão dos principais atores envolvidos no processo de integração. Foi realizado levantamento bibliográfico e pesquisa documental. livros, artigos, teses, leis, portarias ministeriais e documentos da Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino/ABRAUE foram utilizadas como fontes, por meio dos quais pudemos extrair informações sobre a trajetória dos HUs no sistema de saúde do País e as políticas traçadas para eles. Consultamos os planos diretores do hospital, planos municipais de saúde, relatórios de gestão das duas instituições, relatórios de seminários do hospital, projeto de gestão do hospital, documento do conselho de saúde do hospital, de onde pudemos extrair especialmente as intenções e projetos da gestão municipal e da comunidade hospitalar em relação ao processo de integração. Foi utilizada também a experiência da autora como ex-diretora administrativa do HC-UFMG, de 2000 a 2003, e como secretária municipal adjunta de saúde de Belo Horizonte, desde 2003.

O período analisado justifica-se por ter sido criado, em 1996, o serviço de Pronto Atendimento do HC-UFMG em parceria com a gestão local do SUS, considerado marco para a eqüidade do acesso e abertura do hospital para o funcionamento na lógica do SUS. Em 2004, foi celebrado o convênio entre o hospital e a Secretaria Municipal de Saúde, concluindo um período de oito anos de negociações.[20]

Obtivemos dos comitês de ética em pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e do Hospital das Clínicas da UFMG autorização para consulta aos documentos e bancos de dados, e o projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da UFMG, com o Parecer CAAE 0212.0.203.000-05

RESULTADOS

Hospital das Clínicas da UFMG e Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte – experiência exitosa de integração

Em 2006, o sistema de saúde de Belo Horizonte possuía 318 unidades públicas, filantrópicas e privadas vinculadas ao SUS. Nas 215 unidades públicas municipais concentrava-se a atenção básica e parte significativa da atenção secundária. Nas 144 unidades básicas (Centros de Saúde), atuavam 507 equipes do Programa de Saúde da Família, 65 equipes de saúde mental e outros profissionais de apoio.

Nos serviços da rede não própria concentrava-se a maior parte da atenção secundária e toda a atenção de alta complexidade. Dos 36 hospitais vinculados ao SUS, apenas 1 pertencia ao município.[21]

Nesse contexto se insere o HC-UFMG. Com capacidade operacional de 458 leitos, em 2006, realizou 17.569 internações e 308.741 consultas médicas, representando respectivamente 8% e 6,7% do total realizado no município. É referência estadual para patologias complexas que exigem alta tecnologia de conhecimento e de recursos propedêuticos e terapêuticos.

No plano da formação, possuía 3.390 alunos de graduação e pós-graduação de diversos cursos da área da saúde.[22] Esse conjunto de dados, somado à credibilidade como instituição de referência e qualidade da atenção prestada, demonstram sua importância na assistência e na habilitação de recursos humanos para o SUS da capital e do Estado.

Em 1994, quando Belo Horizonte se habilitou à gestão semiplena, de acordo com a Norma Operacional Básica de 1993,[23] uma das metas estabelecidas pela gestão foi a celebração de convênio com o HU federal, o segundo principal prestador de serviços de saúde para o SUS, na capital.

Por meio de edital de chamamento público para a compra de serviços, em 1996, a Secretaria Municipal de Saúde propôs ao HC-UFMG celebração de convênio nos moldes dos contratos de gestão, já contendo uma proposta de financiamento por orçamentação. Não houve, naquele momento, acordo entre o hospital e o município nas questões relacionadas à oferta e à produção de serviços, aos valores de financiamento, e à regulação do acesso dos usuários aos serviços. Contudo, ainda em 1996, numa parceria entre o governo municipal e a UFMG, foi viabilizada a abertura de um serviço de Pronto Atendimento no HC. Justificou-se a parceria, naquele momento, pela necessidade de uma unidade para atendimento às urgências, em substituição ao Hospital Municipal Odilon Behrens, que entraria em reforma.[24] Esse fato constituiu o principal movimento de abertura do hospital para as demandas do sistema municipal de saúde, deflagrando até mesmo iniciativas de reorganização interna da gestão dos leitos hospitalares – inicialmente, alterando os indicadores de taxa de ocupação e médias de permanência e, posteriormente, flexibilizando sua utilização pelas diversas especialidades.

Em 1997, em meio a uma crise de financiamento, que culminou em desativação significativa de serviços no HU, e após amplo processo de discussão com a comunidade hospitalar, a direção do hospital retomou a proposta de criação das unidades de produção/unidades funcionais, que sinalizariam para a descentralização, com a celebração de contratos internos de gestão. O processo foi acompanhado de descentralização orçamentária, aperfeiçoamento do sistema de custos e de cursos para a capacitação gerencial.[25] Mantendo coerência com o plano diretor do hospital, que tinha como diretriz a integração ao SUS, parte dos indicadores dos contratos internos de gestão refletia negociações feitas com a gestão municipal.

A partir daí, uma sucessão de movimentos de integração determinados por necessidades da gestão municipal e do hospital ocorreram, culminando, em 2004, com a celebração de convênio entre a Secretaria Municipal de Saúde e o HU, após sua nova certificação como Hospital de Ensino.[20] As seguintes iniciativas merecem destaque:

- celebração do contrato de metas do FIDEPS, consolidando a disponibilização das agendas dos procedimentos da alta complexidade para as centrais de regulação municipal, a regulação municipal das cirurgias eletivas e início da disponibilização das consultas especializadas para a central de marcação de consultas do município;
- ampliação de leitos de UTI, clínica médica e pediatria, além de diagnoses e terapias ambulatoriais, reduzindo

Reme.indd 390 12/06/2008 09:38:06

a demanda reprimida dos procedimentos da média complexidade;
- credenciamento do HU nas redes de alta complexidade, de urgência e emergência, transplantes, triagem neonatal e atenção às gestantes e aos recém-nascidos de alto risco;
- montagem, no HU, do ambulatório de segunda opinião para avaliação das indicações de cirurgias cardiovasculares, constituindo-se, assim, um braço regulador do sistema municipal de saúde;
- parceria no projeto de Telessaúde, no qual profissionais da atenção básica do município fazem comunicação *on line* e *off line* com especialistas do HU para a discussão de casos e realização de teleconferências.

A possibilidade de remuneração por orçamentação, ainda que parcial, representa atualmente para o HU a possibilidade de planejamento de médio prazo, sem a dependência do valor mensal a ser faturado por meio da produção de serviços. Diferentemente do período em que os hospitais vinculados ao MEC tinham orçamentação não vinculada a metas, a orçamentação aqui mencionada está diretamente relacionada a metas assistenciais, de ensino e de pesquisa, cujo enfoque maior é a integração ao sistema de saúde.

No que diz respeito à interface com o ensino, houve intenso processo de negociação das bases contratuais entre a gestão municipal e a direção do hospital (que se reproduziu no âmbito das Unidades Funcionais), no sentido de pactuar e garantir o cumprimento das metas a serem contratualizadas. A principal resistência veio do corpo clínico, no que se referia à regulação do acesso aos serviços. Havia a argumentação por parte de alguns segmentos de que o HU estaria perdendo sua autonomia ao submeter-se às normas da gestão municipal. No aspecto do ensino, discutia-se a perda da possibilidade de escolha dos perfis de morbidades a serem atendidos e a perda da autonomia para a definição da trajetória do usuário dentro do hospital.

O Quadro I ilustra convergências observadas entre a visão do gestor local do SUS e a direção do hospital sobre o processo de integração, processo considerado positivo pela representação de usuários.

Os resultados demonstram que a crise de financiamento levou à busca da parceria do HU com o gestor local, a despeito da visão de segmentos que consideravam que o SUS poderia aprofundar essa crise; de outro modo, a integração ao SUS, com o apoio do gestor local e dos usuários, é considerada como vetor da reestruturação da gestão hospitalar, apesar da baixa governabilidade da direção sobre alguns serviços e da pressão da lógica do ensino.

A experiência de quase uma década de reestruturação da gestão interna do HC-UFMG, articulada à progressiva integração do HU ao SUS trouxe significativos resultados ao seu desempenho assistencial e financeiro, que possibilitaram novos investimentos (área física, equipamentos e gestão de recursos humanos). Tais resultados contribuíram destacadamente, por exemplo, para a criação de inovadora parceria entre a Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais e a UFMG, a qual assumiu recentemente a gestão de uma nova unidade hospitalar na capital.

A gestão do HC-UFMG e do Hospital Risoleta Tolentino Neves (estadual) pela UFMG, iniciada em 2006, já surge como referência para o debate atual sobre as novas formas de gestão de hospitais públicos por fundações públicas de direito privado. A gestão do primeiro tem o apoio parcial da fundação de apoio à universidade/FUNDEP. Já o segundo tem a totalidade dos recursos financeiros e toda a equipe contratada pela CLT geridos pela Fundação.

De maneira geral, espera-se que a integração dos HU ao SUS tenha como objetivos primordiais a prestação de serviços de forma equânime, resolutiva, qualificada e humanizada, além da formação de profissionais ética e tecnicamente qualificados para o sistema de saúde. Este estudo indica que o processo de integração deve buscar mudanças internas ao hospital e à gestão do sistema de saúde de forma a garantir os princípios da integralidade, resolubilidade e eqüidade. Para isso, é preciso deter-se na singularidade dos HUs como espaço.

QUADRO 1 – FATORES FACILITADORES E DIFICULTADORES DA INTEGRAÇÃO DO HC-UFMG AO SUS

A visão dos atores	Fatores facilitadores	Fatores dificultadores
Gestor municipal	Direção do hospital afinada com os princípios do SUS A gestão municipal prioriza o HC como parceiro Existência de controle social atuante no SUS/BH e no HC-UFMG	Normas universitárias anacrônicas em relação à dinâmica do SUS Baixa governabilidade da direção do hospital sobre alguns serviços Incompreensão das especificidades do HU por técnicos da SMSA/BH
Gestor municipal e diretor do HC – pontos comuns	Papel indutor do Ministério da Saúde para a integração Reestruturação da gestão interna do hospital combinada com os movimentos de integração	Lógica do ensino determinando a organização da assistência Limites financeiros e pagamento por produção
Diretor do hospital	A crise de financiamento do hospital levou à busca de parceria, que teve resposta positiva do município.	Visão por alguns segmentos de que a maior integração ao SUS agrava a situação financeira do hospital
A visão dos usuários sobre o processo de integração	A regulação do SUS facilita e torna o acesso aos serviços mais igualitário A gestão municipal contribuiu para a saída do hospital da crise financeira	

Fonte: Elaboração da autora.[26]

Reme.indd 391 12/06/2008 09:38:07

A especificidade de princípios e diretrizes do SUS aplicados aos HUs

• **Universalidade –** Diversos HU iniciaram a prestação de serviços à saúde suplementar e à clientela particular por dificuldades de financiamento. A normatização que rege o funcionamento dos HUs federais permite a utilização de 30% dos leitos pelo sistema suplementar. Assim, foram criadas duas portas de entrada para os usuários de alguns HUs federais, mesmo tendo os recursos públicos como sua maior fonte de financiamento. A restrição de recursos orçamentários e a grande dependência de um único comprador levaram igualmente o HC-UFMG a entrar no mercado da saúde suplementar.[27]

No entanto, discute-se a utilização de recursos comuns para subsistemas diferenciados, SUS e saúde suplementar[28:] os hospitais públicos universitários utilizam recursos humanos e materiais, financiados pelo setor público, para a prestação de serviços à saúde suplementar e clientela particular. Nesse sentido, a despeito das resistências a essa modalidade de prestação de serviços, especialmente por parte dos trabalhadores técnico-administrativos, deve ser encontrada fonte alternativa de arrecadação de recursos e de remuneração dos docentes que prestam serviços nesses hospitais, para que se cumpra a diretriz do Ministério da Saúde de que 100% dos leitos sejam destinados ao SUS.

Por outro lado, os HUs possuem serviços de excelência que captam clientela com maior poder aquisitivo. A dedicação de parte do tempo de trabalho dos médicos à clientela da saúde suplementar e particular pode significar prestígio profissional e maior satisfação. Reforça o caráter autônomo da profissão, levando à maior fixação deles nos HUs.

• **Eqüidade do acesso –** O acesso dos usuários aos serviços dos HUs obedecia a interesses acadêmicos e de pesquisa, e não à nosologia prevalente ou a situações clínicas que priorizassem o acesso. Além disso, havia alto grau de clientelismo por parte das corporações que entendiam que o acesso próprio, o de parentes e o de amigos deveria ser privilegiado. Sendo o corpo clínico formado por profissionais que atuam também no sistema suplementar, era comum o privilegiamento de clientela proveniente dos consultórios particulares, competindo com a fila dos ambulatórios, internação e centro cirúrgico para procedimentos não cobertos pelos planos de saúde ou com ônus elevado para o pagamento na categoria particular. Ainda existem mecanismos particularistas, tais como redes de colegas que encaminham casos para profissionais médicos de hospitais universitários, de acordo com o interesse pela investigação do caso clínico, ou para a utilização de recursos propedêuticos disponíveis naquele hospital, ou como estratégia para viabilizar o atendimento da clientela particular. São criados privilégios na forma de acesso, compreendidos como extensão do modelo liberal da medicina privada à prática médica hospitalar. Há, ainda, uma inversão da relação médico/paciente, sendo a escolha do paciente feita pelo médico, e não o inverso.[29]

As discussões sobre a contratualização ocorridas ao longo dos anos tinham, ao lado do aspecto financeiro, a regulação como ponto central. A regulação do acesso significa maior controle sobre a procedência dos usuários, no sentido de se fazer cumprir a Programação Pactuada e Integrada, principal instrumento do SUS para mediar a relação de prestação de serviços entre os municípios. Já a regulação assistencial procura definir os perfis (clínicos) de usuários mais adequados às características do serviço e o grau de prioridade do acesso. A disponibilização da totalidade das primeiras consultas especializadas do HU para a Central de Marcação de Consultas do município foi o item de maior pontuação no convênio celebrado entre o HC-UFMG e a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte em 2004. Essa disponibilização exigiu intenso processo de negociação interno entre a direção do hospital e os médicos, especialmente os médicos docentes.

• **Integralidade –** A gestão administrativo-financeira, com base na disponibilidade de recursos desvinculada da produção, e a demanda acadêmica por campos de ensino e pesquisa levaram à constituição de sistemas completos nos HUs, com oferta de serviços desde a atenção básica até a alta complexidade.

Assim foi com o HC-UFMG. Sua constituição a partir das cátedras, tendo cada uma sua forma de organização, definiu espaços específicos de funcionamento. Ainda hoje, as diversas especialidades se organizam em unidades de serviços que reproduzem, de alguma forma, a lógica das cátedras. Há estruturas assistenciais e de apoio diagnóstico em diversos pontos do complexo hospitalar, caracterizando superposição e duplicidade de serviços. Existe demanda para a utilização de toda a capacidade de produção desses serviços. No entanto, a discussão se dá em torno da possibilidade de otimização da gestão e operação desses equipamentos, na hipótese de concentrá-los em estruturas matriciais que atendam ao conjunto de necessidades. Mesmo assim, a quantidade de procedimentos propedêuticos e terapêuticos ofertados não é suficiente para cobrir a demanda gerada pela grande clientela que acessa os ambulatórios e leitos hospitalares nas diversas especialidades, gerando filas para a marcação ou exigindo a realização de procedimentos fora do complexo hospitalar, comprometendo a integralidade da atenção. A tendência observada de inversão da investigação clínica do campo da semiologia e do raciocínio clínico para a utilização de tecnologias vinculadas a métodos diagnósticos dependentes de equipamentos aumenta a demanda por exames complementares, sobrecarrega os serviços de apoio diagnóstico, eleva os custos da assistência e retarda a resolução dos casos, com transtornos para os usuários.

Observa-se que a lógica das corporações se dá de forma mais intensa nos HUs, considerando que estão aí representadas, hierarquicamente, as categorias de profissionais administrativos, da enfermagem, dos médicos e dos médicos docentes.[29] Os processos democráticos formais, como eleições para diretorias, chefias e coordenações, não são suficientes para a instituição de relações interprofissionais que garantam a coordenação transversal do cuidado envolvendo os diversos saberes, conforme defendido por Cecílio.[30] Talvez o silencioso trabalho da enfermagem[30] e seu caráter mais longitudinal seja a porta mais aberta para essa possibilidade.

Reme.indd 392 12/06/2008 09:38:07

• **Resolubilidade –** Os HUs federais são hospitais de grande potencial de resolubilidade, considerando que neles se concentra historicamente a alta tecnologia do conhecimento e de equipamentos, porém nem sempre a forma de organização dos processos assistenciais, neles existentes, garante que o usuário tenha suas necessidades atendidas de forma mais ágil e humanizada. Uma análise da trajetória de usuários no HC-UFMG demonstrou, dentre outros aspectos, que a fragilidade das redes de contratualidades entre os serviços, a lógica burocrática que permeia as relações entre estes, a fragmentação da coordenação do cuidado, a fraca vinculação e a responsabilidade diluída em relação ao usuário podem comprometer a resolubilidade dos serviços, compreendendo-a não só como a disponibilidade das tecnologias, mas também como a forma de utilização destas.[31]

No entanto, a perspectiva de uma assistência resolutiva e integral amplia a adesão dos que conseguem acesso e aumenta a procura individual e institucional pelos HUs, respeitando ou não os fluxos regulatórios colocados pela gestão local do SUS. Por mais avanços que já se tenha conseguido na pactuação entre municípios e no estabelecimento de referências no sistema de urgência e emergência, a porta do HU é cenário de concentração de ambulâncias e outros veículos que trazem usuários do interior do Estado, em busca não só da assistência da alta complexidade e alto grau de especialização, mas também de serviços que deveriam ser oferecidos em seus municípios de origem.

De acordo com a nova lógica estabelecida pelos gestores do SUS para os HUs, há parâmetros, indicadores e metas qualiquantitativas a serem respeitadas e atingidas na prestação de serviços e nas ações de educação permanente.

Para os técnicos e gestores do SUS, esses hospitais são vistos como unidades que possuem alta tecnologia e geram alto custo em suas ações, têm o dever de ser resolutivos e de prestar assistência de qualidade. De maneira geral, os gestores do SUS apresentam dificuldades em reconhecer as especificidades dos HUs na relação gestor/prestador.

Nos HUs, discutem-se os possíveis prejuízos ao ensino trazidos pela lógica do SUS: argumenta-se que pode haver interrupções na implementação de planos terapêuticos traçados e de seu acompanhamento pelo aluno.

Nesse contexto, os usuários do sistema público de saúde também vivenciam as mudanças da forma de relacionamento dos hospitais universitários com o SUS e suas conseqüências no acesso aos serviços, na qualidade, resolubilidade e integralidade da atenção prestada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De unidades hospitalares criadas com a missão prioritária de formar profissionais da área de saúde, os HUs passaram a ter também essencialidade na assistência, exigindo a criação de política de Estado para sua integração ao SUS, a profissionalização de sua gestão e sua sustentabilidade financeira. Exigiram, também, que os gestores locais do SUS se organizassem para fazer sua gestão. Dificuldades diversas marcam o processo de integração entre culturas organizacionais muito diferentes, aqui, entre a academia, o HU e o SUS. No entanto, a possibilidade está sendo demonstrada no caso da integração entre o HC-UFMG e a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

A mais recente solução apontada para a gestão dos HUs merece reflexões. Apenas o debate atual sobre a transformação desses hospitais em fundações públicas de direito privado, desvinculado da garantia de metas de profissionalização da gestão, de mudanças em sua cultura organizacional, do reconhecimento das especificidades da sua interface com a estrutura acadêmica (ensino e pesquisa), não garante a viabilidade financeira desses e sua real integração ao SUS. Permanece como instigante, para todos os que trabalham na consolidação do sistema público de saúde no Brasil, o desafio de reconstruir novos espaços de consensos institucionais e gestão compartilhada, resultando em ampliação do acesso e qualificação da atenção à saúde.

*Agradecemos aos colegas de trabalho da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte e do HC-UFMG.

REFERÊNCIAS

1. Caldas JAL. Crise nos hospitais universitários: estratégias de privatização. Associação Profissional dos docentes da UFMG. 1999; 18: 95-110.
2. Médici AC. Incentivos governamentais ao setor privado de saúde no Brasil. Rev Admin Pública. 1992; 26(2):79-115.
3. Andrade EIG, Santos AF, Coelho FLG. Os hospitais universitários e o sistema de saúde no Brasil: uma abordagem histórica. Rev Divulg Debate em Saúde do CEBES. 1991; 5:63-67.
4. Cecílio LCO. É possível trabalhar o conflito como matéria-prima da gestão? Cad Saúde Pública. 2005; 21(2):508-16.
5. Clemente BT. Cronologia histórica dos hospitais universitários. Salvador: UFBA; 1998.
6. Médici AC. Hospitais universitários: passado, presente e futuro. Rev Assoc Méd. 2001; 47 (Supl. 2):149-56.
7. Mendes EV. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. Brasília: Unb; 1991.
8. Colossi N. Estudo da função extensionista e assistencial do HU/UFSC. In: Pereira, MS. Mudança organizacional na saúde: desafios e alternativas de um hospital universitário. Belo Horizonte: FACE; 2004. 166p. Coleção Estado da Arte - Série FACE-FUMEC.
9. Brasil. Lei Orgânica da Saúde nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 1990 20 set.
10. Campos GWS. Educação médica, hospitais universitários e o sistema único de saúde. Cad Saúde Pública. 1999; 15 (Supl): 187-93.
11. Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino. Hospitais universitários e de ensino no Brasil: desafios e soluções. Porto Alegre.[Citado em 28 fev.2005]. Disponível em: http://www.abrahue.org.br/pdf/hu_desafios_solucoes.pdf
12. Chioro A. Hospitais universitários – uma resposta estrutural à crise. Boletim da ABEM. 2004 set./out.
13. Paulino UHM. Hospitais universitários. In: I Congresso Brasileiro de Hospitais Universitários e de Ensino. Rio de Janeiro; 2005. Apresentação em Power Point.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria nº 32 de 16 de fevereiro de1993. Dispõe sobre o Fundo de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa/FIDEPS. Diário Oficial da União. 1993 17 fev.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 1127 de 31 de agosto de 1999. Dispõe sobre a nova forma e condições de pagamento do FIDEPS. [Citado em 28 fev.2005]. Disponível em: http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/fideps
16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 562 de 12 de maio de 2003. Dispõe sobre a criação de comissão interinstitucional com o objetivo de avaliar e diagnosticar a situação dos HUE, visando reorientar e/ou formular a política nacional para o setor. [Citado em 28 fev.2005]. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004 (acessado em 03/Set/2004)

Reme.indd 393 12/06/2008 09:38:07

17. Brasil. Ministério da Educação. Portaria Interministerial n° 1.000 de 15 de abril de 2004. Dispõe sobre a certificação de unidades hospitalares como Hospitais de Ensino. Diário Oficial da União. 2004 16 abr.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria n.1006 de 27 de maio de 2004. Dispõe sobre a criação do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do MEC no Sistema único de Saúde. [Citado em 03 set. 2005]. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1006.htm>
19. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Projeto Fundação Estatal-Principais Aspectos. Brasília: 2007. [Citado em 19 ago. 2007]. Disponível em: http://www.fundacaoestatal.com.br/012.pdf
20. Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. Hospital das Clínicas da UFMG. Convênio de Gestão: plano operativo anual. Proposta 2005. Belo Horizonte: HC/UFMG; 2004.
21. Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório de Gestão 2006. Belo Horizonte: PBH; 2006.
22. Brasil. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior/ Coordenação Geral de Acompanhamento das IFES e Hospitais Universitários, SIHUF. Brasil, 2006. [Citado em 17 out. 2007]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/sesu/index.php?option=content&task =category&sectionid=10&id=97&Itemid=301
23. Santos FP. O novo papel do município na gestão da saúde: o desenvolvimento do controle e avaliação. In: Reis AT, Organizador. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: Reescrevendo o público. São Paulo: Xamã VM Editora; 1998. p.31-49.
24. Magalhães JHM. Urgência e emergência: a participação do município. In: Reis AT, Organizador. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã VM Editora; 1998. p.265-86.
25. Jorge AO. A experiência de implantação de um novo modelo de gestão no HC-UFMG - as unidades funcionais. Belo Horizonte; 2001. Texto para discussão.
26. Carmo M. Hospitais universitários e integração ao Sistema Único de Saúde. Estudo de Caso: Hospital das Clínicas da UFMG – 1996 a 2004 [dissertação]. Belo Horizonte: Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais; 2006.
27. Cherchiglia ML. O conceito de eficiência na reforma do Estado brasileiro nos anos 90: difusão e apreensão em um hospital público [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2002.
28. Bahia L. Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. Ciên Saúde Coletiva. 2001; 6(2):329-39.
29. Carapinheiro G. Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares. Portugal: Edições Afrontamento; 1998.
30. Cecílio LCO, Merhy EE. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: Pinheiro R, Mattos R. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS/ABRASCO; 2003.
31. Jorge AO. A gestão hospitalar sob a perspectiva da micro política do trabalho vivo [tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP; 2002.

Data de submissão: 20/11/2007
Data de aprovação: 24/1/2008

Reme.indd 394 12/06/2008 09:38:07

AVALIAÇÃO DE COMPETÊNCIAS GERENCIAIS: A PERCEPÇÃO DE ALUNOS DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM DA USP

EVALUATION OF MANAGEMENT COMPETENCIES: THE PERCEPTION OF STUDENTS IN THE NURSING UNDERGRADUATE COURSE OF THE UNIVERSITY OF SÃO PAULO

EVALUACIÓN DE COMPETENCIAS PARA LA ADMINISTRACIÓN: PERCEPCIÓN DE LOS ALUMNOS DEL CURSO DE GRADUACIÓN EN ENFERMERÍA DE USP

Eduardo Pires dos Santos[1]
Maria Helena Trench Ciampone[2]

RESUMO

Esta pesquisa justifica-se mediante a necessidade de avaliação do processo de formação por competências na Escola de Enfermagem da USP. Os objetivos foram: analisar a percepção dos estudantes de enfermagem do sétimo e do oitavo semestre do curso de graduação quanto às competências gerenciais que adquiriram durante a graduação e oferecer subsídios à área de conhecimento da administração em enfermagem para reformulação do processo de avaliação baseado em competências. Para tanto, na primeira etapa, quantitativa, foi criado um instrumento com questões relativas aos quatro pilares que compõem as competências para o gerenciamento: *Saber fazer*, *Saber conhecer*, *Saber ser* e *Saber conviver*. Na segunda etapa, qualitativa, realizou-se um encontro de grupo focal para analisar a percepção do graduando quanto ao desenvolvimento de suas competências. Os resultados apontam que os graduandos compreendem a necessidade de que a formação deles seja baseada em competências, porém consideram que existe forte dicotomia teórico-prática.
Palavras-chave: Competência Profissional; Capacitação de Recursos Humanos em Saúde; Formação de Recursos Humanos.

ABSTRACT

This work is justified because of the need to evaluate training by competencies in the School of Nursing of the University of São Paulo. The objectives were: to analyze the perception of nursing students in the seventh and eighth semesters of the undergraduate course on the management competencies that they had acquired in the undergraduate course and provide input for the nursing administration knowledge for the reformulation of the evaluation process based on competences. Therefore, in the first, quantitative stage, an instrument was created with issues on the four pillars that make up the competencies for management: how to do, how to know, how to be and how to coexist. In the second, qualitative stage there was a focus group to analyze the perception of students about the development of their competencies. The results show that the students understand the need for their training to be based on competencies, but they believe there is a strong dichotomy between theory and practice.
Key words: Professional Competence; Health Human Resource Training; Human Resource; Formation.

RESUMEN

Este trabajo se basa en la necesidad de evaluar el proceso de formación por competencias en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Sao Paulo (USP). Dentro de la primera etapa, cuantitativa, planteamos un instrumento con cuestiones relativas a los cuatro pilares que componen las competencias para la administración: Saber hacer, Saber conocer, Saber ser y Saber convivir. En la segunda etapa, cualitativa, se realizó un encuentro de grupo focal para analizar la percepción del graduando en lo referente al desarrollo de sus competencias. Los resultados indican que los graduandos entienden la necesidad de tener una formación basada en competencias pelo opinan que hay una gran dicotomía entre la teoría y la práctica.
Palabras clave: Competencia Profesional; Capacitación de Recursos Humanos en Salud; Formación de Recursos Humanos.

[1] Bacharel em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. Pesquisador de iniciação científica financiado pelo CNPq/Pibic. São Paulo, Brasil.
[2] Professora titular do Departamento de Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Pesquisadora CNPq. Líder do Grupo de Pesquisa: Aspectos Psicossociais do Ensino e do Gerenciamento em Enfermagem. Orientadora da pesquisa. São Paulo, Brasil.
Endereço para correspondência: Rua Albert Hanser, 300, Centro, Caieiras-SP, Brasil – CEP: 07700-000

Reme.indd 395 12/06/2008 09:38:07

INTRODUÇÃO

Conceito de competências gerenciais

A formação de recursos humanos em saúde é um dos itens de prioridade que consta na agenda nacional e na internacional. A esse respeito, a *VII Reunião Regional dos Observatórios de Recursos Humanos em Saúde*, ocorrida em Toronto, em 2005, determinou que o período de 2006-2015 constitui "uma década de Recursos Humanos em Saúde".[1] Essa determinação se deve à necessidade de enfrentar sérios desafios em relação ao desenvolvimento desses recursos na região das Américas, fazendo-se necessária, entre as orientações estratégicas desse encontro, a inclusão de temas referentes à formação e à capacitação de pessoas, justificando, assim, os objetivos deste trabalho.

Entre os profissionais da área de Recursos Humanos, uma definição muito utilizada sobre o conceito de competência é a seguinte: "conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que afetam a maior parte do trabalho de uma pessoa, e que se relacionam com o desempenho no trabalho; a competência pode ser mensurada, quando comparada com padrões estabelecidos e desenvolvida por meio de treinamento".[2]

As competências podem ser expressas em três dimensões,[3] sendo as mais abrangentes as denominadas competências essenciais, que expressam a dimensão organizacional das competências, sendo, portanto, a razão de sobrevivência das empresas, devendo estar presentes em todas as áreas de uma empresa em maior ou menor nível. A segunda dimensão a refere-se às competências funcionais, ou seja, as competências necessárias para as funções específicas de cada área de uma empresa, devendo estar presentes nos membros de cada setor. Finalizando, as competências individuais, categoria na qual se destacam as competências gerenciais, que possuem papel fundamental nas tarefas relacionadas à liderança e exercem importante influência no desenvolvimento das competências, tanto de um grupo como de toda uma organização.

A competência de um profissional se dá na aplicação de seus conhecimentos em um contexto específico, no qual se torna necessária a aplicação de uma série de recursos, como conhecimentos, capacidades cognitivas e habilidades.[4] No que diz respeito à composição da competência, isto é, aos elementos e recursos que a constituem, existem três eixos comuns tornados clássicos entre os autores: conhecimentos, entendidos como o saber adquirido pelo profissional; habilidades, como o saber fazer específico do profissional; e atitudes, também entendidas como saber agir, julgar, escolher e decidir.

Este trabalho foi norteado segundo esses três eixos, levando em conta a percepção do desenvolvimento das competências gerenciais do graduando em enfermagem da Universidade de São Paulo e tendo em vista o perfil de competências definido no Projeto Político-Pedagógico da Escola de Enfermagem da USP (EEUSP) e da área de Administração em Enfermagem do Departamento de Orientação Profissional (ENO).

As competências gerenciais no processo de formação dos profissionais de enfermagem

Em 2000, ocorreram discussões sobre o processo de formação profissional por parte da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) nos Seminários Nacionais de Diretrizes para a Educação de Enfermagem, nos Fóruns de Escolas de Graduação em Enfermagem e com base na Carta de Florianópolis, aprovada no *51º Congresso Brasileiro de Enfermagem* e no *10º Congresso Panamericano de Enfermería*, realizados em 1999 em Florianópolis-SC.5 Essas discussões culminaram com a elaboração de uma proposta que contemplou dimensões como a formação do perfil de um profissional generalista sob uma perspectiva crítica e reflexiva, desenvolvendo competências e habilidades gerais e específicas, além de acrescentar a formalização de 500 horas de estágio supervisionado, no final do curso, acompanhado de atividades complementares e monografia, articulando, assim, ensino, pesquisa e extensão.

Essa proposta foi contemplada pelo MEC, em sua maior parte, nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs), ficando pendentes algumas questões no que se refere à carga horária mínima do curso, estipulada em 3.500 horas, conforme indicava a carta aprovada em Florianópolis.

A atual proposta deixa claro que o perfil profissional deve ser constituído da formação de competências e habilidades acrescidas da pesquisa para a construção da formação acadêmica de qualidade.

De modo geral, com essa proposta estabelecida nas Diretrizes Curriculares Nacionais, espera-se que o educando esteja apto para o exercício do processo de gerenciamento, tendo como instrumentos a força de trabalho, recursos físicos, materiais e o saber administrativo integrado na formação de um profissional que possa ser um gestor no nível de unidades de trabalho e líder na equipe de saúde.

O Projeto Político-Pedagógico da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

No atual Projeto Político-Pedagógico, a escola tem como objetivos: formar enfermeiros; preparar docentes, pesquisadores e especialistas em todas as áreas da enfermagem, visando ao desenvolvimento da profissão em âmbitos local, nacional e internacional; promover, realizar e participar de estudos, pesquisas, cursos e outras atividades que visem à melhoria do ensino e do exercício da enfermagem; prestar serviços à coletividade, tendo em vista a transformação das condições de vida e saúde da população.

A escola visa instrumentalizar o aluno para a prática assistencial, administrativa, pedagógica e de investigação, oferecendo, para tanto, conteúdos das ciências humanas, biológicas e específicos de enfermagem, nos aspectos curativo e preventivo, em quatro áreas básicas: mulher, criança, adulto e idoso, nas dimensões individual e coletiva de intervenção.

Neste estudo identificam-se questões relacionadas ao cotidiano do estudante de graduação em enfermagem após ter cursado as disciplinas de Administração, bem como os fatores que determinaram ou influenciaram a percepção dele quanto à aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes que conformarão os saberes operantes na área de gerenciamento no nível de unidades de trabalho nos serviços de saúde.

Reme.indd 396 12/06/2008 09:38:07

Os objetivos com esta pesquisa foram analisar a percepção dos estudantes de enfermagem do sétimo e do oitavo semestre do curso de graduação quanto às competências gerenciais que adquiriram durante a graduação e oferecer subsídios à área de conhecimento da administração em enfermagem para reformulação do processo de avaliação baseado em competências.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de abordagem quantiqualitativa. A metodologia justifica-se tendo em vista que o objetivo do estudo consistiu em obter a percepção do aluno do curso de graduação em Enfermagem da Universidade de São Paulo em relação às competências que adquiriu para o gerenciamento, no decorrer do sétimo e do oitavo semestre de graduação.

Os dados foram coletados por meio de questionário, do tipo estruturado, no qual constam quatro grupos de competências denominadas de *Saber conhecer*, *Saber fazer*, *Saber ser* e *Saber conviver*.[6] Em cada grupo de competências foram descritos os itens a ele relativos com os gradientes de pontuação, correspondentes ao grau com o qual o aluno considerou que atingiu cada competência de conhecimento, de habilidades e de atitudes em cada um dos itens correspondentes a essas categorias. As questões fechadas foram tabuladas e analisadas estatisticamente de acordo com as pontuações a elas correspondentes. Esses dados obtidos na primeira fase constituíram questões norteadoras para o desenvolvimento da segunda etapa.

A segunda etapa consistiu na abordagem qualitativa, justificada em função do objetivo principal do estudo, ou seja, compreender a percepção do graduando por meio de relatos das suas experiências quanto às competências que adquiriu ou não para o gerenciamento de unidades de trabalho local. Essa abordagem metodológica pode ser entendida como capaz de incorporar a questão do significado, das percepções e da intencionalidade como essencial aos atos, às relações e às estruturas sociais.[7]

Nessa etapa foi realizado um encontro de grupo focal, no qual os temas disparadores foram estruturados tendo em vista um roteiro composto pela devolutiva dos resultados da primeira fase.

Grupo focal é uma técnica de pesquisa que utiliza sessões grupais como um dos foros facilitadores da expressão de características psicossociológicas e culturais em que os sujeitos do estudo discutem vários aspectos de um tópico específico.[8]

Para análise e interpretação dos dados emergentes do encontro grupal utilizou-se a técnica de análise temática de conteúdo discursivo conforme proposto por Minayo.[7]

Os relatos apresentados no grupo focal foram gravados com o consentimento do grupo e transcritos posteriormente, buscando-se evidenciar os temas emergentes da discussão entre os participantes. Os temas foram obtidos mediante a apreensão das unidades de significado presentes e reunidas no discurso dos sujeitos participantes do grupo, e analisados conforme sua pertinência em relação às dimensões das competências gerenciais e aos quatro pilares da educação (aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a conviver e aprender a ser).

Os aspectos éticos da pesquisa foram resguardados em todos os momentos do estudo, ressaltando-se que o projeto já havia sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP antes de iniciar-se a primeira etapa.

O estudo, na primeira e na segunda fase, foi realizado na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, e os sujeitos foram os alunos que estavam cursando o sétimo e o oitavo semestre do curso de graduação em Enfermagem, respectivamente. Na fase em que ocorreu o encontro do grupo focal, todos os alunos estavam realizando estágio curricular vinculados ao Departamento de Orientação Profissional no oitavo semestre de graduação.

RESULTADOS

Primeira etapa

Dos 80 alunos que ingressam anualmente no curso de graduação em Enfermagem da Universidade de São Paulo, 74 alcançaram o sétimo semestre e se matricularam na disciplina Administração em Enfermagem III, também reconhecida pelos alunos como ADM III, dos quais 73 cursaram a disciplina e realizaram o estágio até o seu término. Desses que chegaram até o final da disciplina, 55, após receberem o instrumento e lerem o termo de consentimento livre e esclarecido, aceitaram participar da pesquisa, totalizando uma amostra de 75,34% do total dos alunos.

No instrumento de coleta de dados foi utilizada a seguinte escala para elucidar cada um dos graus de alcance das competências:

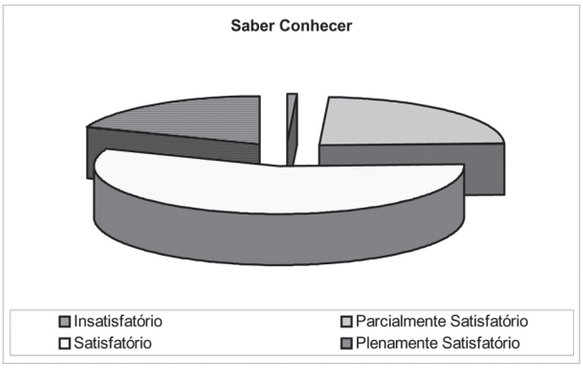
- **Insatisfatório –** Você considera que não conhece/não desenvolveu a competência e considera-se inapto quanto ao item citado.
- **Parcialmente satisfatório –** Você considera que aprendeu/desenvolveu pouco, ainda, acerca da competência citada e, portanto, considera-se inseguro para exercitá-la.
- **Satisfatório –** Você considera que aprendeu/desenvolveu satisfatoriamente a competência citada e considera-se apto a exercitá-la.
- **Plenamente satisfatório –** Você considera que aprendeu/desenvolveu plenamente a competência citada e que tem segurança para exercitá-la.

Saber conhecer

Nessa categoria de competência do instrumento, do número total de respostas obtidas, foram encontradas as seguintes porcentagens de resultados: 0,9% avaliou o grau com que aprendeu ou desenvolveu a competência como insatisfatório; 23,5% parcialmente satisfatório; 56,5% satisfatório e 19,1% plenamente satisfatório. Nessa categoria do saber não houve questões em branco.

Reme.indd 397 12/06/2008 09:38:07

GRÁFICO 1 – PERCENTUAL DE RESPOSTAS DOS ALUNOS RELACIONADAS À AVALIAÇÃO DOS ITENS QUE COMPÕEM AS COMPETÊNCIAS DO SABER CONHECER. SÃO PAULO, 2006

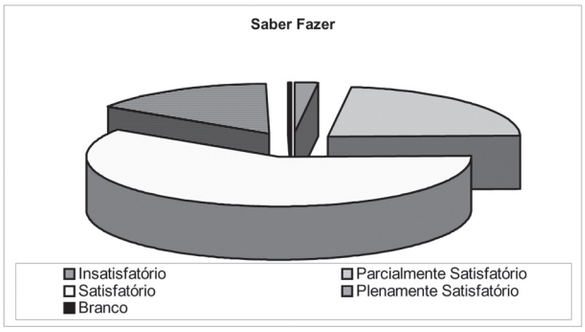


Percebe-se, no Gráfico 1, que a maioria das respostas concentrou-se no padrão de avaliação satisfatório.

Saber fazer

Para o total de respostas relacionadas às questões desse domínio foram encontradas as seguintes porcentagens de resultados: 1,8%, insatisfatório; 22,8%, parcialmente satisfatórios; 59,4%, satisfatórios; 15,8%, plenamente satisfatórios. Para as categorias compreendidas nesse conjunto de saberes, houve questões em branco, totalizando 0,2% do total de respostas.

GRÁFICO 2 – PERCENTUAL DE RESPOSTAS DOS ALUNOS RELACIONADAS À AVALIAÇÃO DOS ITENS QUE COMPÕEM AS COMPETÊNCIAS DO SABER FAZER. SÃO PAULO, 2006

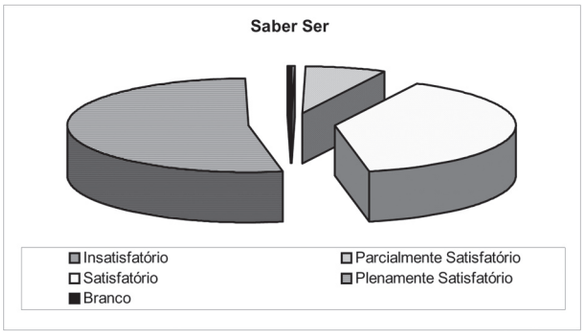


O Gráfico 2 permite identificar que a avaliação de satisfatório foi predominante, seguida das de parcialmente satisfatório e plenamente satisfatório.

Saber ser

Nessa categoria dos saberes, do total de respostas, foram encontradas as seguintes porcentagens de resultados: 0,3% insatisfatório; 7,3% parcialmente satisfatórios; 39,4% satisfatórios e 52,7% plenamente satisfatórios. Para esta parte do instrumento também houve questões em branco.

GRÁFICO 3 – PERCENTUAL DE RESPOSTAS DOS ALUNOS RELACIONADAS À AVALIAÇÃO DOS ITENS QUE COMPÕEM AS COMPETÊNCIAS DO SABER SER. SÃO PAULO, 2006

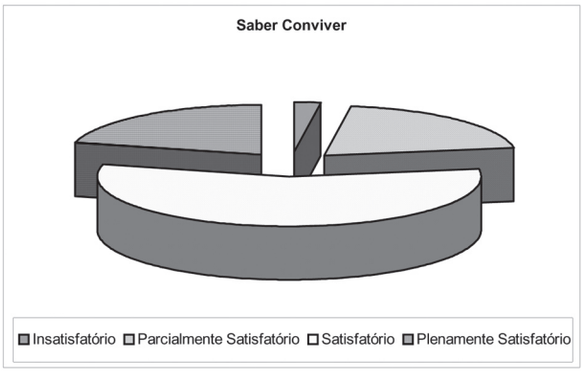


No Gráfico 3, percebe-se que a maioria das respostas concentrou-se no item plenamente satisfatório.

Saber conviver

Nessa área dos saberes as porcentagens dos resultados relacionadas ao total de respostas foram as seguintes: 2,1% insatisfatórios; 20,3% parcialmente satisfatórios; 56,4% satisfatórios e 21,2% plenamente satisfatórios. Não houve questões em branco para esta parte do instrumento.

GRÁFICO 4 – PERCENTUAL DE RESPOSTAS DOS ALUNOS RELACIONADAS À AVALIAÇÃO DOS ITENS QUE COMPÕEM AS COMPETÊNCIAS DO SABER CONVIVER. SÃO PAULO, 2006.



O Gráfico 4 permite visualizar que a maioria das respostas obteve o padrão satisfatório.

Segunda etapa

Crônica grupal

A apresentação dos dados qualitativos, provenientes da transcrição do encontro do grupo focal, será apresentada em forma de crônica, que expressará o processo ocorrido.

Foram participantes deste trabalho o pesquisador, seis alunos do oitavo semestre, que foram denominados por nomes fictícios de flores, e outros dois profissionais – sem nenhuma ligação com o processo educacional dos participantes – com larga experiência em trabalho com grupos. Esses coordenadores foram designados para exercer a função de facilitadores do processo do grupo focal.

Reme.indd 398 12/06/2008 09:38:07

Foi realizada a devolutiva dos dados da primeira fase do estudo, apresentando os resultados citados anteriormente. Assim que terminou a apresentação, destacou-se a importância de os integrantes discutirem os dados e refletirem sobre as questões norteadoras: 1. Considerando o processo vivido como me sinto quanto à competência do *Saber conhecer* relacionado ao campo do gerenciamento em enfermagem? 2. Como me sinto quanto à competência do *Saber fazer* relacionado ao campo do gerenciamento em enfermagem? 3. Como me sinto quanto à competência do *Saber conviver* relacionado ao campo do gerenciamento em enfermagem? 4. Como me sinto quanto à competência do *Saber ser* relacionado ao campo do gerenciamento em enfermagem?

Uma das integrantes, para a qual utilizaremos um nome fictício de Camélia, diz que quanto ao *Saber conhecer* relacionado à Administração, para ela, no começo era algo muito abstrato, pois, diferentemente dos conhecimentos que embasavam o *Saber fazer* algo, quando e como – dando exemplo do procedimento de lavar as mãos –, compara que a teoria da Administração não direciona para um saber o que fazer, quando fazer e como fazer. Considera, também, que a teoria fica distante da prática. Ilustra esses aspectos com a seguinte fala:

> *Você tem aquele embasamento teórico, só que muitas vezes você não vai encontrar na prática aquilo que você estudou na teoria. Na teoria é tudo bonitinho; pra você ser líder você precisa agir desse jeito, isso, isso, isso e aquilo...*

Continuando, Cravo, um dos alunos participantes, diz que considerou muito interessante a devolutiva dos dados, principalmente quanto aos resultados das avaliações relativas ao *Saber ser*. Considera que a parte do *Saber conhecer* agrega um volume de informações que é elevado em relação às dimensões do aprender a conviver e ser. Expressa sua opinião explicando:

> *Se eu ofereço um monte de informação que não faz conexão naquele momento pro aluno é mais um monte de livro na estante que eu pego se quiser, leio se quiser, que vai empoeirar. Então a coisa de fazer sentido só no quarto ano, só em ADM III não deveria ser, porque você sente que perdeu um tempo importante e que não desenvolveu competências que naquele momento são exigidas. Que você não desenvolveu habilidades, nesse caso, administração, técnicas que são exigidas para você chegar naquele momento e desenvolver o empenho que elas [docentes] vão cobrar.*

Camélia toma novamente a palavra e coloca sua opinião de que muitas vezes ela aprendeu muito mais com o que um professor disse em conversas à parte das aulas ou que apenas um professor abordou em aula.

A coordenadora indaga se o que Camélia está dizendo acontece nas disciplinas de Administração ou em outras áreas. Camélia explica que sente que o autoconhecimento é mais estimulado no sétimo semestre, quando os alunos cursam a disciplina ADM III.

Violeta continua, afirmando que, na opinião dela, existe muita fragmentação entre teoria e prática durante todo o curso e que os professores cobram do aluno que ele faça essa ordenação. Considera que poderia ser feita maior ligação entre os departamentos, para que o conhecimento e a comunicação não fossem tão fragmentados:

> *[...] a gente chega, na realidade, com aquele conteúdo fragmentado ainda, então até a gente conseguir colocar as coisas em ordem é um processo que poderia ser incentivado isso no curso de graduação.*

Camélia aponta outro agravante quando considera que os alunos, no momento em que iniciam o curso, não sabem bem o que é a enfermagem.

O coordenador pergunta ao grupo o que os integrantes consideram que seria o saber da enfermagem.

Camélia logo responde explicando que, desde que iniciam o curso, os alunos querem saber qual é o saber da enfermagem e que as várias disciplinas não vão respondendo. Apenas em ADM III é que vão descobrir o que é a enfermagem. Afirma que todos chegam de início com essa dúvida: o que é enfermagem?

Primavera complementa a idéia explicando que é no estágio da disciplina ADM III que eles (alunos) acompanham de perto uma enfermeira e que se sentem como profissional.

Nesse momento, a coordenadora pergunta ao grupo se para eles as matérias do ciclo básico, a exemplo da Sociologia ministrada no primeiro ano, fazem *link* com as disciplinas específicas da enfermagem ou se estão dissociadas.

Camélia responde que os textos que discutiram na Sociologia fazem muito sentido na enfermagem, pois dizem respeito ao nascimento do hospital e da medicina; que entre as outras disciplinas, como Fisiologia, Anatomia, Bioquímica, esta última é a que fica mais distante da prática da enfermagem.

Primavera continua dizendo que considera que a práxis deveria ocorrer por meio da estratégia de estudos de caso em que os conhecimentos fossem ministrados de modo integrado com o caso estudado.

Cravo, logo após essa fala, assinala outro aspecto importante quando diz que, para ele, além da dissociação entre teoria e prática, existe algo mais profundo, que é valorização social de algumas matérias sobre outras pelos próprios alunos. Isso pode ser percebido quando eles reclamam que algumas disciplinas informam demais e outras menos e que consideram que as disciplinas da área biomédica são as mais importantes e valorizadas do que as da área de humanas:

> *Um detalhe interessante quando você [Camélia] falou de anatomia, fisiologia, o que toda turma reclama: que quer mais, que acha que é pouco. De sociologia todo mundo fala que é muito, desnecessário, que tem que tirar. Então tem uma coisa representativa que é muito interessante, mas que extrapola o âmbito do curso, porque a gente está falando de valorização social até. De coisas que são assim, a biomedicina, o contexto da saúde de hoje é biomédico e é por isso que a*

Reme.indd 399 12/06/2008 09:38:08

gente fica visando anatomia/fisiologia e fica: 'Pra que Sociologia?' Pra que entender processos sociais? É essa idéia que é valorizada socialmente e que a gente traz incorporado. O grande mal da Sociologia é ela ser no primeiro semestre porque está todo mundo muito cru, muito imaturo e para você discutir Foucault na segunda de manhã, uma coisa elaborada...

Camélia complementa dizendo da falta de nexo entre as matérias nos diferentes momentos do curso dão a impressão de que elas foram colocadas ali de modo aleatório, onde havia uma brecha, e que, além disso, os alunos têm pouca idade e maturidade para discutir, por exemplo, a sociedade.

A coordenadora indaga ao grupo como cada um percebe a importância da dimensão do *Saber fazer*.

Camélia se manifesta dizendo que considera muito importante o *Saber fazer*, pois senão serão enfermeiras que ficarão atrás de uma mesa, referindo-se, provavelmente, ao trabalho burocrático. Acrescenta que considera importante que aprendam a fazer supervisão com enfoque na orientação e desenvolvimento do pessoal.

A esse respeito, acrescenta que o planejamento e a supervisão de procedimentos assistenciais ficam a cargo do enfermeiro, constituindo-se em importantes ferramentas gerenciais. Tal afirmação da aluna é referendada em estudos sobre essa dimensão da supervisão no processo de trabalho gerencial.[9]

Cravo toma a palavra dizendo que o que mais lhe chamou a atenção nos dados da pesquisa do colega foi a parte na qual os alunos se avaliam quanto ao autoconhecimento. Declara que considera isso como algo muito positivo, mas acha que ainda falta muita coisa para aprofundar esse aspecto. Coloca ao grupo sua impressão de que pelas respostas não reconhece os colegas que passaram os quatro anos convivendo com ele. Justifica essa percepção, pois sente que a relação de convivência entre os alunos é muito truncada, indagando-se como será depois que se formarem, referindo-se à dimensão do *Saber conviver*.

Infelizmente, não é o que a gente sente [referindo-se ao relacionamento dos alunos entre si]. Às vezes, a relação de convivência é tão truncada que você pensa: 'Como vai ser quando formos enfermeiros?

Lembrando que na primeira fase da pesquisa a questão relativa aos conhecimentos sobre Ética obteve um índice altamente satisfatório, Cravo elabora uma fala na qual expressa a percepção de que nessa dimensão os professores valorizam o aprender a conhecer dando informações. Os alunos, em geral, reclamam que os conteúdos são extensos e acham que as discussões são abafadas pelos professores. Explica que ele tenta compreender e que tem dificuldades de se posicionar se a pressão do grupo for muito forte. Exemplifica isso na fala a seguir:

Você tem legislação, você tem muita informação nesse sentido, só que não nesse sentido da discussão. Algumas eram abafadas pelas professoras. Elas se seguravam um pouco porque não sei se elas tinham medo de todo mundo abrir: 'Eu não faria isso!' 'Eu acho que é assim mesmo!'.

Ao final, em razão do esgotamento do tempo previsto, os coordenadores solicitaram que se fizesse uma síntese dos principais pontos discutidos e que cada um dos participantes expressasse os sentimentos predominantes ao final do encontro. As palavras foram: crescimento, aprendizado, esperança, conhecimento, confirmação e satisfação.

CONCLUSÃO

Tendo em vista os resultados do encontro de grupo focal, apreendeu-se a emergência dos seguintes temas: 1. dicotomia entre teoria e prática; 2. fragmentação de conteúdos entre as disciplinas e departamentos no curso, e não apenas entre aquelas relativas à área de Administração em Enfermagem; 3. necessidade de favorecer a aprendizagem significativa por meio da prática; 4. necessidade de maior ênfase às dimensões do *Saber conviver* e do *Saber ser*; 5. falta de mobilização dos alunos que permanecem divididos em pequenos grupos sem integração; 6. professores nem sempre estimulam as discussões nem compartilham suas experiências com os alunos; 7. dificuldade dos alunos em participar do Grupo de Apoio Pedagógico (GAP).

À luz desses temas emergentes (categorias empíricas), buscou-se resgatar do referencial teórico que se constitui nos eixos temáticos do estudo (categorias analíticas), para fazer as articulações entre elas, no sentido de apontar as possíveis contribuições que os resultados desse processo podem ter para as mudanças curriculares que estão em curso no departamento ENO, onde se encontram as disciplinas da área de gerenciamento, bem como ao processo geral que vem ocorrendo na EEUSP, respondendo aos objetivos inicialmente propostos.

Entre as unidades de significado que emergiram nas falas do grupo a Administração em Enfermagem aparece como um saber abstrato diferenciado dos saberes de outras áreas do conhecimento que podem ser transportados para uma ação concreta. Para o aluno da graduação a introdução do pensamento administrativo deveria ter conexões diretas com as experiências que ele vai vivenciando nas atividades práticas ao longo de todo o curso. A fragmentação e a cisão justificada pela distância entre o ensino teórico e o estágio da disciplina de ADM III contribuíram, segundo os alunos, para o sentimento de fragmentação e para as dificuldades sentidas no momento em que, segundo eles, tiveram de experienciar o que é ser enfermeiro e o que é a enfermagem de modo maciço. Apontam que apenas nesse momento do curso no desempenho do trabalho que farão como enfermeiros é que tiveram de mobilizar o conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes.

O que foi dito pelos alunos do grupo coincide com a definição de competência dos autores que estudam o tema. Eles reconhecem que o profissional precisa estar sempre mobilizando recursos para resolver as adversidades do ambiente de trabalho. Para tanto, a comunicação, que implica a compreensão da singularidade do outro e de si mesmo é imprescindível. Os alunos enxergam claramente que há falhas importantes no processo de comunicação entre as disciplinas, entre os departamentos,

Reme.indd 400 12/06/2008 09:38:08

entre os professores e os alunos. Dos quatro pilares das competências, a do *Saber conhecer* é percebida pelo grupo como excessiva em relação, principalmente a do Saber conviver e do *Saber ser*. Contudo, as atitudes embasadas pelo saber agir, julgar, escolher e decidir aparecem no grupo de modo expressivo. Os alunos consideram que a dimensão do autoconhecimento é facilitada quando o professor compartilha suas vivência e experiências práticas. Segundo os alunos, às vezes isso ocorre extraclasse, em poucas aulas pela minoria dos professores e em pouco tempo. A disciplina ADM III é percebida como aquela que estimula o aluno ao autoconhecimento e que permite que estes se sintam enfermeiros pela primeira vez.

O que foi apontado pelos alunos do grupo tem sido objeto de discussões no GAP e tem norteado a formulação de um novo projeto político-pedagógico, no qual se tenta articular de modo mais efetivo a teoria à prática profissional.

A teoria pedagógica crítico-social pautada na problematização da realidade deve dar sustentação à formulação desse tipo de proposta que está referendada pela LDBEN e pelas diretrizes curriculares nacionais de modo implícito, quando apontam para a formação do profissional crítico, reflexivo, humanista, capaz de transformar a prática dos serviços de saúde, o que inclui a mudança do modelo assistencial e gerencial.

A esse respeito, as escolas vêm empreendendo mudanças curriculares sendo que, até o momento, em poucos trabalhos de pesquisa são avaliados os resultados das mudanças. Esse caminho deverá ser percorrido nos próximos anos, após a implantação dos novos projetos político-pedagógicos (PPPs), com a avaliação continuada deles, que mostrará se estes estão sendo capazes de transformar o perfil do profissional que está sendo formado.

Outro tema emergente no grupo, que deve ser considerado, diz respeito a um fato já constatado em outros estudos e que reaparece com freqüência na fala dos alunos desse e de outros cursos de enfermagem é que quando os mesmos iniciam o curso não sabem o que é exatamente a enfermagem e qual é a sua essência.

Nesse sentido, inúmeras tentativas têm sido testadas na EEUSP, por exemplo, no primeiro semestre, quando é ministrada a disciplina Introdução à Enfermagem onde, além dos conteúdos expositivos, ocorrem as primeiras visitas às diferentes instituições de saúde, painéis quando são convidados enfermeiros que atuam em diferentes campos de trabalho para compartilhar com os alunos ingressantes parte de sua experiência, visando dar uma idéia de algumas das possibilidades de exercício profissional. Contudo, provavelmente, essas iniciativas ainda não são suficientes, pois, segundo a percepção dos alunos do quarto ano do curso, essa dúvida sobre o que é a enfermagem persiste ao longo do curso e os leva a pensar em desistir. Apenas ao final do sétimo semestre, durante o estágio de ADM III, é que conseguem experienciar de modo mais concreto e menos fragmentado a prática profissional.

Os fatores que determinam ou influenciam a percepção dos alunos a respeito de que apenas no quarto ano conseguem visualizar o conjunto das atividades assistenciais e gerenciais do enfermeiro explicam-se pelo modo de organização das disciplinas na grade; pela falta de integração entre elas, pela descontinuidade das abordagens, pela ênfase na dimensão do *Saber conhecer* permeando todo o processo em detrimento do *Saber conviver* e do *Saber ser*. O *Saber fazer* não deixou de ser valorizado pelos sujeitos do estudo, embora saibamos que os alunos, ao terminarem o curso de graduação, sentem-se muitas vezes despreparados em relação às competências do *Saber fazer*.

Nessa mesma direção, a da valorização do ser e do conviver, um dos temas recorrentes no grupo em razão dos dados que mais chamaram a atenção dos participantes em relação à avaliação das competências na primeira etapa diz respeito ao autoconhecimento. O dado quantitativo mostrou que a maioria dos alunos sai plenamente satisfeita com as competências relacionadas à dimensão do ser, que engloba o autoconhecimento. No grupo, foi possível problematizar o dado quantitativo e qualificar a satisfação polarizada na primeira etapa, deixando emergir a outra face da insatisfação até então não revelada. Com isso, ressalta-se a importância do momento qualitativo da pesquisa no sentido de discutir e compreender os resultados da primeira etapa. Desse modo, por meio dos relatos das experiências vividas foi possível incorporar aos dados brutos a questão dos significados e percepções dos sujeitos.

Um limite do estudo que merece ser destacado diz respeito ao número de encontros do grupo focal. Em um único encontro tínhamos quatro questões norteadoras para ser exploradas após a devolutiva dos dados. Se tivessem ocorrido outros encontros, poderíamos, se tivéssemos mais tempo, ter explorado com maior profundidade outros elementos para análise. Consideramos, contudo, que apesar disso os objetivos inicialmente traçados foram atingidos e que o encaminhamento do relatório final da pesquisa à comissão de graduação da EEUSP possa trazer contribuições ao aprimoramento do processo de mudança curricular. O momento de participação nas mudanças, que ocorrerão no próprio, curso poderia ser importante para a capacitação ético-política do estudante.

REFERÊNCIAS

1. Mendes IAC, Marziale MHP. Década de recursos humanos em saúde: 2006-2015. Rev Latino-Am Enferm. 2006 jan./fev.; 14(1): 1-2.
2. Fleury MTL, Oliveira MM. Gestão estratégica do conhecimento e competências. São Paulo: Atlas; 2001.
3. Fleury A, Fleury MTL. Estratégias empresariais e formação de competências: um quebra-cabeça caleidoscópico da indústria brasileira. São Paulo: Atlas; 2001.
4. Le Boterf G. Desenvolvendo a competência dos profissionais. Porto Alegre: Artmed; 2003.
5. Vale EG, Guedes MVC. Competências e habilidades no ensino de administração em enfermagem à luz das diretrizes curriculares nacionais. Rev Bras Enferm. 2004; 57(4): 475-8
6. Delors J. Eduacação:um tesouro a descobrir. 6ªed. São Paulo: Cortez; 2001.
7. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. São Paulo: Hucitec/Abrasco; 1992.
8. Westphal MF, Bógus CM, Faria MM. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. Bol Of Sanit Panam. 1996; 120 (6): 472-81.
9. Minami LF, Ciampone MHT. Construção e validação de um instrumento de supervisão direcionado ao preparo e à administração de medicamentos. REME Rev Min Enferm. 2005 jul./set.; 9(3):193-8.

Data de submissão: 2/5/2007
Data de aprovação: 12/2/2008

Reme.indd 401 12/06/2008 09:38:08

PLANEJAMENTO: FERRAMENTA DO ENFERMEIRO PARA A OTIMIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ENFERMAGEM*

PLANNING: A NURSING TOOL TO OPTIMIZE SERVICES

PLANIFIACIÓN: HERRAMIENTA DEL ENFERMERO PARA OPTIMAR SUS SERVICIOS

Ana Lúcia de Assis Simões[1]
Giovanna Valim Presotto[2]
Helena Hemiko Iwamoto[2]
Letícia de Araújo Apolinário[2]

RESUMO

Buscou-se, com este estudo, verificar se o enfermeiro planeja o seu trabalho cotidiano, averiguar como o planejamento é realizado e identificar a existência de lacunas na sua elaboração. A pesquisa foi desenvolvida em um Hospital Escola, com 47 enfermeiros responsáveis pelas unidades de internação. Os dados foram coletados por meio de questionários e analisados descritivamente. Evidenciou-se que 95,74% dos enfermeiros realizam o planejamento do trabalho. Desses, 84,44% o fazem diariamente e 68,88% realizam-no apenas mentalmente. Quanto às etapas do planejamento, 95,56% dos enfermeiros identificam as necessidades do serviço; 95,56% definem prioridades; 48,89% descrevem objetivos; 82,22% definem as ações; 40% determinam o tempo necessário à execução do plano; 64,44% relacionam o material necessário para as atividades; e 75,56% determinam o executor da ação. Sobre a participação da equipe na elaboração do planejamento, observou-se que 64,44% admitem essa participação freqüentemente, principalmente na identificação das necessidades. Caracterizar o planejamento realizado pelos enfermeiros possibilita refletir sobre a utilização, a eficácia e a otimização dos serviços de enfermagem.

Palavras-chave: Enfermeiro; Planejamento em Saúde; Serviços de Enfermagem.

ABSTRACT

This study intended to verify if the nurses plan their daily work; find out how the planning is carried out and identify the existence of gaps. It was carried out at a teaching hospital, with 47 nurses in charge of wards. The data was collected through questionnaires and descriptively analyzed. It was found that 95.74% of the nurses did work planning. Among these, 84.44% did it daily; 68.88% did it only mentally. For the planning stages, 95.56% of the nurses identify the service needs; 95.56% define priorities; 48.89% set goals; 8.,22% define the actions; 40% determine the time necessary to execute of the plan, 64.44% list the necessary material for the activities and 75.56% determine who will carry out the actions. With regard to the team involved in the planning, it was observed that 64.44% admit to participating very often, mainly in identifying the needs. Describing the planning by the nurses makes it possible to think about its use, effectiveness and optimization of nursing services.

Key words: Nurse; Health Planning; Nursing Services.

RESUMEN

El propósito del presente estudio fue comprobar si los enfermeros planifican sus tareas cotidianas, analizar cómo efectúan tal planificación e identificar lagunas en su elaboración. La investigación fue realizada en un hospital escuela con cuarenta y siete enfermeros a cargo de las unidades de internación. Los datos se recogieron con cuestionarios y después se analizaron descriptivamente. Se comprobó que el 95,74% de los enfermeros planifica sus tareas. Entre ellos, el 84,4% lo hace diariamente y un 68,88 lo hace sólo mentalmente. En cuanto a las etapas de la planificación: el 95,56% de los enfermeros identifica las necesidades de trabajo; 95,56% define prioridades; 48,89% describe objetivos; 82,22% define acciones; 40% determina el tiempo necesario para ejecutar el trabajo; 64,44% lista el material necesario para la tareas por realizar y 75,56% determina el ejecutor de la acción. Sobre la participación del equipo en la elaboración de la planificación se observó que el 64,44% admite participación frecuente, principalmente para identificar necesidades. Caracterizar la planificación realizada por los enfermeros permite reflexionar sobre el uso, eficacia y optimación de los servicios de enfermería.

Palabras clave: Enfermero; Planificacion en Salud; Servicios de Enfermería.

* Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).

[1] Enfermeira. Mestre e Doutora pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Professora adjunta do Curso de Graduação em Enfermagem da UFTM. São Paulo, Brasil.

[2] Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Triângul Mineiro (UFTM). Minas Gerais, Brasil.

Endereço para correspondência: Avenida Santos Dumont 1685, ap. 600, Bairro Santa Maria, Uberaba-MG, Brasil – CEP 38.050-400.

E-mail. iwamotokato@uol.com.br

Reme.indd 402 12/06/2008 09:38:08

INTRODUÇÃO

O hospital constitui-se em um dos tipos mais complexos de organização, pois envolve tecnologia sofisticada, prestação de serviços de elevado grau de especialização, além de empregar grande número de profissionais das mais diversas áreas.

Considerando que as práticas cotidianas são construídas com base no sistema social vigente em cada época, o hospital, como prestador de serviços à saúde, necessita contar com sistemas administrativos compatíveis com a dinamicidade do mundo contemporâneo e que permitam o alcance da eficiência e da eficácia organizacional.[1]

Embora diversos serviços congreguem e somem a força de trabalho na organização hospitalar, interessa-nos destacar o de enfermagem, que por sua contingência e caráter de continuidade, constitui ponto-chave para a obtenção de uma assistência integral e qualificada. Quanto ao real trabalho administrativo do enfermeiro, certa polêmica tem sido gerada em nosso meio, uma vez que este vem sendo desenvolvido sob diferentes perspectivas. A essência do trabalho do enfermeiro deveria ser a administração da assistência ao paciente e não o trabalho administrativo burocrático, voltado apenas apara a viabilização do trabalho de outros profissionais, tais como médicos, nutricionistas, laboratoristas e outros.[2] O direcionamento desse trabalho deve dar-se considerando os valores da enfermagem, e não as expectativas de outros profissionais da equipe de saúde.[2]

O trabalho de enfermagem adquiriu importância historicamente inegável, assumindo papel fundamental no cuidado ao indivíduo no processo de saúde-doença. A assistência ao indivíduo sadio ou doente, à família ou à comunidade, no desempenho de atividades para promover, manter ou recuperar a saúde, configura-se como função essencial da enfermagem.[3] Entre os instrumentos de trabalho da atividade de cuidar, encontram-se: a observação de enfermagem, o levantamento de dados, o planejamento, a evolução, a avaliação dos pacientes, os sistemas de assistência, os procedimentos técnicos, de comunicação e interação entre pacientes e enfermagem e entre os diversos profissionais.[3]

O desenvolvimento do serviço de enfermagem nas organizações de saúde é pautado pelas atribuições administrativas do profissional enfermeiro, resultado de um processo histórico e social.[3] Existem diversas definições para a administração, cada qual enfatizando um aspecto diferente. Administração é o processo de planejar, organizar, liderar e controlar o trabalho dos membros da organização e de usar todos os recursos disponíveis para atingir os objetivos instituídos.[4] O processo administrativo, conforme a Teoria Neoclássica, é composto pelas quatro funções básicas: planejamento, organização, direção e controle, as quais estão intimamente relacionadas entre si.[5] Por meio de estudos e observações, pode-se conceituar administração como um processo de ação mútua entre profissionais de uma organização, com o objetivo de atingir não só as metas propostas, como também aquelas surgidas durante o processo, tendo como pressuposto a realização institucional a serviço do homem.[6]

Ainda que as funções administrativas sejam, na prática, inter-relacionadas, sendo impossível tratar qualquer uma delas sem que haja superposição com as demais, neste estudo, destacamos a função planejamento, inicialmente, para maior aprofundamento e reflexão sobre o tema e, posteriormente, para investigarmos como essa função tem sido realizada pelos enfermeiros do Hospital Escola da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HE da UFTM), em sua prática assistencial.

O interesse pela responsabilidade gerencial do enfermeiro foi despertado em mim quando percebi, na vivência no âmbito hospitalar, como acadêmica do curso de graduação em Enfermagem, a necessidade de que fosse realizado um planejamento que contemplasse os objetivos pretendidos e os planos para atingi-los, criando, assim, condições mais favoráveis ao desenvolvimento do serviço de enfermagem.

A atividade fundamental de um administrador, possivelmente, é a de planejar.[7] O planejamento é a função primordial da administração, uma vez que fornece aos indivíduos e às organizações os mecanismos necessários para atuar em ambientes dinâmicos e complexos em constantes transformações.[8] O planejamento é o primeiro passo do processo administrativo no qual se baseiam as demais funções, determinando previamente quais os objetivos devem ser alcançados e a maneira para isso se tornar possível.[9]

Mediante a observação em campo de estágio, foi possível evidenciar lacunas existentes nessa etapa do processo administrativo, reforçando ainda mais o interesse particular por uma investigação contextualizada em bases científicas. O enfermeiro que não realiza o planejamento não possui recursos para avaliar o próprio desempenho ou da equipe de enfermagem, não obtém critérios para avaliar se todas as ações previstas foram executadas, dificultando uma atuação competente.[9]

O planejamento em uma organização pode ser visto sob três perspectivas diferentes: planejamento estratégico, planejamento tático e planejamento operacional.[7] O planejamento estratégico é realizado no nível organizacional, com formulação de planos abrangentes a serem realizados em longo prazo, possuindo, portanto, maior grau de incerteza.[9] O planejamento tático é um desdobramento do planejamento estratégico, sendo projetado para médio prazo, envolvendo cada departamento ou unidade da organização.[5] O planejamento operacional possui menor grau de incerteza, já que é relacionado às operações atuais, e sua abrangência é menor.[9] Esse tipo de planejamento geralmente lida com o cotidiano e com a rotina diária ou semanal, envolvendo cada tarefa ou atividade de forma isolada, objetivando atingir metas específicas.[5]

Com o reconhecimento da importância do planejamento e a percepção da possibilidade de ampliar a eficácia do serviço de enfermagem por meio da sua utilização, surgiu a indagação da sua realização efetiva na enfermagem e a forma como ele tem sido empregado.

Assim, com este estudo pretendeu-se verificar se o enfermeiro planeja o seu trabalho cotidiano; identificar a importância que os enfermeiros atribuem ao planejamento de suas atividades; verificar a forma de elaboração do planejamento, o uso de registros, a participação de pessoas/grupos; e averiguar a existência de lacunas na elaboração do planejamento realizado pelos enfermeiros.

Reme.indd 403 12/06/2008 09:38:08

Com isso, esperamos obter informações que possam caracterizar de forma um pouco mais fidedigna a efetividade da realização do planejamento pelos enfermeiros do HE da UFTM, a fim de possibilitar uma reflexão, tanto entre acadêmicos de enfermagem quanto entre profissionais de saúde, a respeito dessa importante função que compete ao enfermeiro e fundamenta suas atividades.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo realizado no Hospital Escola da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Participaram desta pesquisa enfermeiros responsáveis pelas diversas unidades de internação do hospital. Para a composição da amostra da pesquisa, foi solicitada a relação de enfermeiros lotados na diretoria de enfermagem, no período de 1° a 31 de julho de 2006, totalizando 64 enfermeiros, dos quais 10 ocupavam cargos de supervisão e 54 dedicavam-se à assistência direta nos diversos setores do hospital.

Interessou-nos, na realização deste estudo, apenas a inclusão dos enfermeiros assistencialistas, por considerar o planejamento do trabalho dessa categoria na unidade de internação. Assim, foi possível obter a adesão de 47 enfermeiros, sendo que entre os motivos de não-participação encontram-se o afastamento por licença-maternidade e por luto, a discordância em participar da pesquisa e férias.

A coleta de dados foi realizada mediante aplicação de questionários, utilizando um instrumento contendo duas partes: a primeira contemplando itens relacionados à identificação dos participantes (sexo, idade, tempo em que trabalha na instituição e se trabalha em outra instituição) e a segunda, as questões referentes à elaboração do planejamento quanto à freqüência de realização (diária, semanal, mensal, esporádica); ao uso de registros e de participação de pessoas/grupos; à existência de lacunas na elaboração do planejamento quanto aos itens identificação das necessidades do trabalho, definição de prioridades, descrição de objetivos, das atividades a serem realizadas, do período de tempo necessário à execução do plano, do material necessário à execução das atividades e determinação do agente que executará o plano. A elaboração dessas questões fundamentou-se em literatura específica e na experiência profissional dos autores.

Os questionários foram distribuídos aos participantes, que foram esclarecidos quanto à finalidade, aos e objetivos e à importância da pesquisa para a prática profissional. Foram assegurados, ainda, do caráter confidencial das informações e do compromisso em divulgar os resultados, destacados no projeto de pesquisa aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFTM, mediante Protocolo n° 711.

Após o retorno dos questionários, os dados foram digitados em uma planilha do programa Excel, sendo posteriormente submetidos à análise descritiva e discutidos à luz da literatura consultada.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 47 enfermeiros que compuseram a amostra, 42 (89,36%) eram do sexo feminino e 5 (10,63%) do sexo masculino. A maioria (32) possuía idade entre 20 e 39 anos, compondo 68,08% do total de participantes. Pouco mais da metade – 25 (53,19%) enfermeiros – também se dedicava a atividades em outras instituições. Em relação ao tempo de término da graduação, 24 (51,06%) concluíram o curso há um período entre um a dez anos.

Quanto à elaboração do planejamento das atividades pertinentes ao serviço de enfermagem, 45 (95,74%) enfermeiros afirmaram que o realizam. Dessa forma, pode-se verificar que a maioria absoluta dos enfermeiros está condizente com o estabelecido pela Lei n° 7.498/86, que regulamenta o Exercício Profissional de Enfermagem no País. Segundo a Lei, é incumbência privativa do enfermeiro a chefia do serviço e da unidade de enfermagem, incluindo as funções de planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação.[10]

Dos 45 enfermeiros que faziam o planejamento das atividades, 38 (84,44%) mencionaram que o realizavam diariamente, 3 (6,66%) semanalmente e 1 (2,22%) esporadicamente. Os três enfermeiros restantes (6,68%) distribuíram-se entre as freqüências: apenas mensalmente, diariamente/mensalmente (ou seja, a elaboração de um planejamento cotidiano e outro a ser cumprido ao longo do mês) e diariamente/semanalmente/mensalmente (isto é, um planejamento a ser cumprido a cada dia, outro ao final de uma semana e outro ao final do mês).

No que diz respeito à forma de elaboração do planejamento, a maior parte dos enfermeiros, 3168,88%), referiu que o efetuava apenas mentalmente, seguido de 10 (22,22%) que o faziam mentalmente e por escrito, colocando apenas parte do planejamento em forma de registros, e 4 (8,88%) realizando-o apenas por escrito, ou seja, registrando todo o plano.

Verifica-se que a maioria dos enfermeiros não utilizava registros para a realização do planejamento, o que se configura como um fator dificultador do controle do processo de trabalho. Desse modo, a avaliação dos itens pertinentes ao planejamento torna-se comprometida, impossibilitando um monitoramento satisfatório sobre o que foi programado e o que foi executado e, conseqüentemente, inviabilizando uma possível reestruturação de planos. Quando os instrumentos utilizados para atuação na realidade não forem os mais adequados, o movimento, que se dá com toda força e dinâmica característica, é quem vai estruturar a direção a ser seguida.[11]

O registro dos percentuais sobre os itens considerados pelos enfermeiros na elaboração do planejamento indicaram que menos da metade do total de enfermeiros, ou seja, 22 (48,89%), consideravam a descrição dos objetivos na elaboração do planejamento. A descrição do período de tempo necessário à execução do plano também foi expressa em menor freqüência pelos participantes da pesquisa em seu planejamento (Tabela 1).

Reme.indd 404 12/06/2008 09:38:08

TABELA 1 – DISTRIBUIÇÃO DO PERCENTUAL DE REALIZAÇÃO DAS DIFERENTES ETAPAS DO PLANEJAMENTO PELOS ENFERMEIROS. UBERABA, 2007

Itens do planejamento	%
Descrição do período de tempo necessário à execução do plano	40
Descrição dos objetivos	48,89
Descrição do material necessário à execução das atividades	64,44
Determinação do agente que executará o plano	75,56
Descrição das atividades a serem planejadas	82,22
Definição das prioridades	95,56
Identificação das necessidades do trabalho	95,56

O estabelecimento de objetivos é o primeiro passo do planejamento, uma vez que são os resultados futuros que se almeja alcançar em certo espaço de tempo, aplicando-se recursos disponíveis ou possíveis.[5] Os objetivos são importantes uma vez que proporcionam um senso de direção, focalizam esforços, guiam planos e decisões e auxiliam na avaliação do processo de planejamento.[4] Portanto, verifica-se que as duas variáveis – objetivo e tempo – estão relacionadas de forma intrínseca, visto que a falta da primeira implica também a deficiência do direcionamento e a estruturação da segunda.

Prosseguindo nessa linha de raciocínio, podemos inferir as conseqüências desse tipo de planejamento que, na ausência de uma meta bem fundamentada, se perde em meio a outras atividades não específicas da enfermagem, comprometendo, assim, a qualidade e a resolubilidade do serviço. Diante disso, ao deixar de desempenhar atividades coerentes com o seu trabalho e cumprindo outras não específicas da profissão, o enfermeiro admite a existência de lacunas ou espaços em sua área de atuação.[12] De tal modo, constata-se não só uma improdutividade do tempo destinado pelos enfermeiros aos serviços não próprios de sua competência, como também a percepção de um possível conformismo a respeito dessa circunstância.[12]

O planejamento é a primeira das funções administrativas, por meio do qual o enfermeiro formula projetos, estabelece objetivos e prioridades, a fim de otimizar o serviço de enfermagem e proporcionar assistência de qualidade. Assim, o nível de importância atribuído ao planejamento foi considerado alto na concepção de 41 (91,11%) dos participantes. Todavia, pode-se constatar certa contradição entre a opinião dessa parcela significativa da amostra e a forma como essa importância é expressa na prática, dada a maneira como o planejamento é realizado pela maioria, ou seja, sem o uso de registros que permitam seu constante aperfeiçoamento e reavaliação.

Além disso, questiona-se novamente a relevância do planejamento para os enfermeiros, em virtude da lacuna explicitada pela carência de objetivos em sua formulação. O excesso de demanda para resolução imediata de problemas diários, o adiamento de prioridades e a falta de conhecimento e experiência na criação de um programa de planejamento configuram-se como fatores que contribuem para a sua negligência.[9]

Quanto à participação dos membros da equipe de enfermagem na elaboração do planejamento, 29 (64,44%) dos enfermeiros relataram que participam diariamente, 14 (31,11%) esporadicamente e apenas 2 (4,44%) nunca a consideraram. A esse respeito, a Lei nº 7.498/86 dispõe que é atribuição do técnico de enfermagem assistir o enfermeiro no planejamento, programação, orientação e supervisão das atividades de assistência de enfermagem.[10]

Para a realização de um gerenciamento adequado, é essencial desempenhar um planejamento que envolva toda a equipe. O gerente deve estabelecer um sistema de comunicação apto a associar os integrantes, propiciar treinamentos e o desenvolvimento do seu pessoal, assim como favorecer a eficiência e eficácia da decisão para lidar com as complexidades. Só é possível uma gerência de qualidade baseada no trabalho em equipe que envolva confiança, respeito mútuo, cooperação e comunicação.[13]

Na Tabela 2, pode-se perceber os momentos em que ocorre a participação de terceiros no planejamento para aqueles enfermeiros que a concebem; no entanto, a participação da equipe de enfermagem na elaboração do planejamento repete as mesmas lacunas observadas na Tabela 1, ou seja, a descrição dos objetivos e do tempo necessário para a execução do plano também não é objeto de envolvimento desses profissionais.

A indefinição de metas a serem alcançadas poderia ser a justificativa para essa deficiência, a qual se reflete no desconhecimento sobre um propósito a ser atingido e, conseqüentemente, sobre a falta de contribuição dos membros da equipe na formulação do planejamento.

TABELA 2 – DISTRIBUIÇÃO DO PERCENTUAL DE PARTICIPAÇÃO DOS MEMBROS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA ELABORAÇÃO DO PLANEJAMENTO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM PELO ENFERMEIRO. UBERABA, 2007

Participação dos membros da equipe de enfermagem na elaboração do planejamento	%
Durante a identificação das necessidades do trabalho	83,72
Na definição das prioridades	65,12
Na descrição das atividades a serem realizadas	58,14
Na determinação do agente executor	51,16
Na descrição do tempo necessário apara a execução do plano	39,53
Na descrição dos objetivos	30,23
Apenas na execução do plano	23,26

Ressalte-se que alguns estudiosos lembram que as melhores decisões em uma empresa são tomadas participativamente e que quando as pessoas participam das decisões tomadas assumem um compromisso mais sólido com a execução das ações, o que não acontece normalmente com pessoas não envolvidas no processo.[14]

Reme.indd 405 12/06/2008 09:38:08

CONCLUSÕES

Os resultados demonstraram que 45 (95,74%) dos 47(100%) enfermeiros entrevistados realizavam o planejamento do trabalho. Desses, 38 (84,44%) o faziam diariamente, 3 (6,66%) semanalmente e 1 (2,22%) esporadicamente. Quanto à forma de planejamento, 31 (68,88%) o realizavam apenas mentalmente, seguidos de 10 (22,22%), que o faziam mentalmente e por escrito, e 4 (8,88%) que o realizavam exclusivamente na forma escrita.

Ao considerar as etapas de um planejamento, verificou-se que 43 (95,56%) dos enfermeiros referiram identificar as necessidades do serviço; 43 (95,56%) definiam prioridades; 22 (48,89%) descreviam objetivos; 37 (82,22%) definiam ações a serem desenvolvidas; 18 (40%) determinavam o tempo necessário apara a execução do plano, 29 (64,44%) relacionavam o material necessário para as atividades; e 34 (75,56%) determinavam o executor da ação.

Em relação à participação dos membros da equipe de enfermagem na elaboração do planejamento, observou-se que 29 (64,44%) admitiam essa participação freqüentemente, 14 (31,11%) esporadicamente e apenas 2 (4,44%) nunca a consideravam. Essa participação revelou-se, principalmente, no momento da identificação das necessidades do trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Inúmeras circunstâncias dificultam a elaboração de um planejamento adequado às necessidades dos serviços, como a falta de recursos humanos e materiais em número suficiente em várias instituições de saúde do País, gerando sobrecarga da força de trabalho da enfermagem.

Contudo, à medida que o planejamento atua como recurso otimizador do serviço de enfermagem, ocorre também uma superação contínua dos desafios impostos pela carência das condições adequadas. O estabelecimento de objetivos deve nortear a elaboração do planejamento, de forma a minimizar a improdutividade decorrente de atuações meramente intuitivas.

Para isso se tornar possível, compete ao enfermeiro, diante do reconhecimento da necessidade do planejamento, não apenas sensibilizar outros profissionais com quem atua, como também a iniciativa de, cada vez mais, promover uma administração pautada pelas diretrizes da eficiência e eficácia, corroborando também para o crescimento da profissão.

Buscamos, com este estudo, evidenciar como o enfermeiro tem realizado o planejamento do seu trabalho no cotidiano hospitalar, vislumbrando ressaltar a importância do planejamento como um instrumento fundamental para a prática da enfermagem. Constatou-se que o planejamento é uma ferramenta que pode ser direcionada para a transformação da realidade, visando ao aperfeiçoamento do ambiente, da equipe de trabalho, da dinâmica do serviço e da assistência ao cliente. Ademais, caracterizar o planejamento realizado pelos enfermeiros possibilita refletir sobre as implicações de sua utilização na eficácia e otimização dos serviços de enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. Ferraz CA. A transfiguração da administração em enfermagem: da gerência científica à gerência sensível [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP; 1995.
2. Trevizan MA. Enfermagem hospitalar: administração e burocracia. Brasília (DF): UnB; 1989.
3. Almeida MCP, Rocha SMM. Considerações sobre a enfermagem enquanto trabalho. In.: Almeida MCP, Rocha SMM. O trabalho de enfermagem. São Paulo: Cortez; 1997. p.15-25.
4. Stoner JAF, Freeman, RE. Administração. Rio de Janeiro(RJ): PHB; 1985. p.4-7, 136-7.
5. Chiavenato I. Teoria geral da administração. 6ª ed. Rio de Janeiro: Campus; 2001. v.2, p.9,219-27.
6. Fontinele JK. Administração hospitalar. Goiânia (GO): AB; 2002.p.4-5.
7. Montana PJ, Charnov BH. Administração. São Paulo (SP): Saraiva; 1998. p.1-2.
8. Ciampone MHT. Metodologia do planejamento em enfermagem. In: Kurcgant P, Coordenadora. Administração em enfermagem. São Paulo (SP): EPU; 1991. p. 41-58.
9. Fugita RMI, Farah OGD. O planejamento como instrumento básico do enfermeiro. In: Cianciarullo TI, Organizadora. Instumentos básicos para o cuidar: um desafio para a qualidade da assistência. São Paulo (SP): Atheneu; 2000. p.99-109.
10. Conselho Regional de Enfermagem. Minas Gerais. Legislação e Normas. 2001 jun.; 7 (1):
11. Ciampone MHT, Melleiro MM, Silva MRB, Pereira I. Processo de planejamento na prática da enfermagem em um hospital de ensino. Rev Esc Enferm USP. 1998 out.; 32 (3): 273-80.
12. Lunardi VL, Filho WDL, Borba MR. Como o enfermeiro utiliza o tempo de trabalho numa unidade de internação. Rev Bras Enferm. 1994 jan./mar.; 47(1):7-14.
13. Leitão GCM. Reflexões sobre gerenciamento. Texto Contexto Enferm. 2001 jan./abr.; 10 (1):104-15.
14. Quick TL. Como desenvolver equipes bem-sucedidas. Rio de Janeiro (RJ): Campus; 1997.

Data de submissão: 27/8/2007
Data de aprovação: 1º/4/2008

Reme.indd 406 12/06/2008 09:38:09

OPINIÃO E CONHECIMENTO DO ENFERMEIRO SUPERVISOR SOBRE SUA ATIVIDADE

HEAD NURSES' OPINION AND KNOWLEDGE ABOUT THEIR ACTIVITIES

OPINIÓN Y CONOCIMIENTO DEL ENFERMERO SUPERVISOR DE SUS TAREAS

Jairo Aparecido Ayres[1]
Heloisa Wey Berti[1]
Wilza Carla Spiri[1]

RESUMO

Considerando a supervisão da assistência de enfermagem como um processo no qual o enfermeiro assume responsabilidades de promover a educação continuada com base em orientações, os autores estabeleceram como objetivo deste estudo a identificação do conhecimento que o enfermeiro supervisor tem sobre sua atividade. Utilizou-se o método exploratório-descritivo, com análise quantitativa dos dados, mediante aplicação de questionários. Os resultados apontaram o exercício da função de supervisão como estratégia de treinamento de enfermeiros recém-admitidos. Foi possível identificar o desempenho de um papel que mais se aproxima da função de controle e o entendimento de que o principal objetivo da supervisão é a qualidade da assistência. Os problemas enfrentados são, em grande parte, solucionados pelo próprio supervisor. As evidências aqui encontradas constituem diagnóstico situacional do exercício da supervisão, o qual deverá ser utilizado no planejamento estratégico de um programa de capacitação de enfermeiros para o desempenho dessa função.

Palavras-chave: Enfermagem; Cuidados de Enfermagem; Supervisão de Enfermagem; Educação Continuada em Enfermagem; Competência Profissional

ABSTRACT

Considering nursing supervision assistance as a process in which the nurse is responsible for promoting continuing education, based on previous orientation, the authors established as the aim of this study, the identification of the amount of knowledge that nurse supervisors have about their activity. To carry out this investigation, the method chosen for evaluation was quantitative and descriptive, obtained through surveys. Results pointed out that practice of supervision is an effective training strategy for recently hired nurses. It was possible to identify that the functions of supervision have similarities to control functions and that the main goal of it is to assure quality in health care. The problems faced during supervision, are in the majority of cases, solved by the supervisor himself. Evidence found in this study led to a situational diagnosis of the practice of supervision and it should be used as strategic planning for qualifying nursing programs designed for this function.

Key words: Nursing; Nursing Care; Nursing, Supervisory; Education, Nursing, Continuing; Professional Competence

RESUMEN

Los autores establecieron como objeto de este estudio constatar el conocimiento del enfermero supervisor acerca de sus tareas, teniendo en cuenta que la supervisión de la asistencia de enfermería es un proceso en el cual el enfermero asume la responsabilidad de promover la educación continuada, siguiendo orientaciones. Se utilizó el método exploratorio descriptivo, con análisis cuantitativo de datos, mediante aplicación de cuestionarios. Los resultados muestran el ejercicio de la función de supervisión como estrategia de capacitación de enfermeros recién contratados. Se identificó que se desempeña un rol que se acerca más a la función de control y el entendimiento de que el principal objetivo de la supervisión es la calidad de la asistencia. Los problemas enfrentados, en gran parte, los soluciona el proprio supervisor. Las evidencias aquí encontradas constituyen un diagnóstico situacional del ejercicio de supervisión, que deberá utilizarse en la planificación estratégica de un programa de capacitación de enfermeros para desempeñar tal función.

Palabras clave: Enfermería; Atención de Enfermería; Supervisión de Enfermería; Educación Continua en Enfermería; Competencia Profesional

[1] Enfermeiros. Professores Assistentes Doutores. Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP. São Paulo, Brasil.
Endereço para correspondência – Distrito de Rubião Júnior, S/N – CEP 18618970
E-mail: ayres@fmb.unesp.br

Reme.indd 407 12/06/2008 09:38:09

INTRODUÇÃO

O termo "supervisor" tem sua origem na palavra inglesa *supervise*, que significa vigiar, superintender, fiscalizar, dirigir, tornando, assim, a supervisão um termo impregnado de autoridade e poder. De fato, a supervisão, vista de maneira tradicional, enfatiza o controle no aspecto da fiscalização do trabalho, punição e registro das falhas.[1]

Com a evolução das sociedades no contexto sociopolítico, incluindo a globalização, a ampliação de horizontes de trabalho e a crescente tecnologia, os conceitos de supervisão foram se modificando, abrangendo, atualmente, estratégias de motivação, de desenvolvimento de pessoal e educação, ou seja, é desejável que a supervisão se configure como medida educativa em lugar de punitiva, como o foi no passado. Essa nova forma de pensar as relações pessoais no trabalho deve incorporar um novo modelo que capacite profissionais para percepções mais abrangentes, dinâmicas, complementares e integradas.[2]

A supervisão deve ser entendida como ação inserida no processo assistencial e de produção administrativa da enfermagem, e, como tal, apresenta produtos técnico-assistenciais.[3] Nesse contexto, a função de supervisão evidencia a importância das características pessoais do supervisor e as formas que ele utiliza para interagir com o grupo supervisionado. Assim, o supervisor, centrado nas pessoas e no relacionamento humano, gera motivação e promove o desenvolvimento do grupo.[1]

Com esse conceito, a supervisão deve ser realizada empregando um método de ensino, processo que faz parte da arte de administrar, sendo um elemento essencial na execução da liderança administrativa. Entendemos, portanto, que a supervisão pode ser definida como um processo educacional no qual uma pessoa, possuidora de um conjunto de conhecimentos e práticas, assume a responsabilidade de promover a educação continuada com base em orientação.[4]

Na enfermagem, a supervisão tem papel fundamental no gerenciamento da assistência, e o enfermeiro, como líder de sua equipe, deve exercê-la continuamente, propiciando a melhoria da qualidade da assistência.

A supervisão, quando sistematizada, deve ser compreendida como um processo que envolve planejamento, execução e avaliação das atividades realizadas, por meio da utilização de técnicas e instrumentos que visem aferir eficiência, eficácia e efetividade, proporcionando o desenvolvimento da capacidade individual, grupal e de relacionamento interpessoal da equipe de enfermagem, além da melhoria da qualidade do cuidado.[5]

Em um inquérito sobre o tema supervisão com 83 enfermeiras de 9 hospitais da Bahia, verificou-se a predominância (96,39%) do padrão de supervisão não sistematizado.[5] Foram apontados como fatores limitantes do exercício da supervisão: falta de autonomia profissional (80,7%); interferência político-partidária e ingerência administrativa (71,1%); deficiência de recursos humanos quantiqualitativa (67,5%); deficiência de recursos materiais e ambiente físico inadequado (63,9%); baixa remuneração (55,4%); relações interpessoais insatisfatórias (54,2%); e insatisfação das enfermeiras com o trabalho que realizam (57,8%).

Embora a supervisão da assistência de enfermagem sempre tenha sido considerada uma atividade exclusiva do enfermeiro, nem sempre o papel do enfermeiro supervisor foi delineado com clareza. Os critérios para um planejamento do processo de supervisão, em geral, não são estabelecidos pelos enfermeiros supervisores, mas por instâncias superiores que priorizam atividades de controle de pessoal, de material e de cumprimento de normas e rotinas predeterminadas.

Tendo em vista essas considerações e com base em nossa atuação como enfermeiros há mais de vinte anos na área hospitalar e na docência, nos inquietamos diante de variadas e inúmeras situações nas quais observamos e convivemos com problemas decorrentes do exercício inadequado da função de supervisão. Isso nos motivou a desenvolver este estudo, cuja finalidade é subsidiar programas de capacitação de enfermeiros para o desenvolvimento da atividade de supervisão.

OBJETIVOS

Objetivo geral

- Identificar o conhecimento que o enfermeiro tem sobre sua atividade de supervisão em um hospital universitário.

Objetivos específicos

- Caracterizar os enfermeiros que fazem supervisão da assistência de enfermagem quanto ao sexo, idade, tempo de serviço na instituição e formação complementar.
- Verificar percepções sobre objetivos da supervisão e características do supervisor.
- Conhecer os problemas mais enfrentados pelos supervisores, suas dificuldades e principais modos de resolução dos eventos adversos.

MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo com análise quantitativa dos dados.

Local do estudo

Este estudo foi realizado nas Seções Técnicas de Enfermagem de um Hospital Universitário, por serem unidades onde se desenvolvem ações de supervisão. Compreendem unidades de internação de atenção ao adulto, à criança e à mulher e unidades de tratamento especializado.

População

Foi constituída por 27 enfermeiros que atuam na supervisão. Foram excluídos os profissionais que, no período da coleta de dados, estavam de licença médica, licença-prêmio, férias ou se recusaram a participar do estudo.

Procedimento de coleta dos dados

Foi utilizado como instrumento de coleta de dados um questionário, que constou de informações referentes à caracterização da população estudada (sexo, idade, tempo

Reme.indd 408 12/06/2008 09:38:09

na função e formação complementar), além de questões abertas e fechadas que abrangeram dados sobre o exercício da supervisão.

Os questionários foram entregues individualmente pelos pesquisadores aos profissionais, que receberam informações sobre o assunto, objetivos, dinâmica e garantia do anonimato.

Análise de dados

Os dados foram analisados quantitativamente, considerando-se a estatística descritiva em números absolutos e percentuais de acordo com as respostas obtidas.

Procedimentos éticos

A coleta de dados foi realizada após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição (Ofício nº 978/02).

O estudo atendeu às recomendações da Resolução CNS nº 196/96.

RESULTADOS

Participaram deste estudo 100% dos enfermeiros supervisores, ou seja, 27 enfermeiros.

A Tabela 1 apresenta a distribuição dos enfermeiros supervisores segundo a faixa etária.

TABELA 1 – DISTRIBUIÇÃO DOS ENFERMEIROS SUPERVISORES SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA. BOTUCATU, 2005

Faixa etária	Nº	%
20 **– 25**	3	11
26 **– 30**	5	18,4
31 **– 35**	4	14,3
36 **– 40**	4	14,3
41 **– 45**	7	27
46 **– 50**	2	7,5
51 **– 56**	2	7,5
Total	27	100,0

Dos 27 enfermeiros que exercem a função de supervisão no hospital estudado, 25 (92,5%) eram do sexo feminino e apenas 2 (7,5%) do sexo masculino e se encontravam na faixa etária entre 20 e 56 anos de idade, conforme a Tabela 1. Por ocasião da coleta de dados deste estudo, o número total de enfermeiros nessas unidades era 67, sendo 65 do sexo feminino e 2 do sexo masculino, portanto, os do sexo masculino estavam desempenhando a função de supervisão.

Verificamos que 13 enfermeiros (49,2%) estavam fixos na função de supervisão em algumas das unidades de internação e em serviços especializados tais como: Hemodiálise, UTI, Centro Cirúrgico e Centro Obstétrico. Os demais, em número de 14 (51,8%) estavam escalados em rodízio para a supervisão de todos os outros setores do hospital, em diferentes turnos de trabalho.

TABELA 2 – DISTRIBUIÇÃO DOS SUPERVISORES SEGUNDO TEMPO DE TRABALHO NA INSTITUIÇÃO. BOTUCATU, 2005

Faixa etária	Nº	%
< 1	2	7,5
1 2	6	22,2
2 4	4	14,8
4 6	1	3,7
6 8	1	3,7
8 10	1	3,7
10 12	2	7,5
12 14	4	14,8
14 16	3	11
16 18	1	3,7
≥ 18	2	7,5
Total	27	100,0

Em relação aos dados referentes ao tempo de atuação na instituição, conforme descrito na Tabela 2, o estudo mostrou a existência de enfermeiros recém-admitidos, com menos de 1 ano e também aqueles que se encontravam trabalhando há mais de 18 anos. Destaque-se que 8 enfermeiros (29,7%) tinham menos tempo de atuação na instituição exercendo a função de supervisão. Verificamos que a função de supervisor é bastante exercida por enfermeiros novatos cujo "treinamento" e orientações ficam sob a responsabilidade dos supervisores com mais tempo na instituição.

Observamos, ainda, que a supervisão tem sido utilizada, também, como parte do processo de treinamento em serviço e de adaptação do recém-contratado, fato confirmado por 66,6% dos enfermeiros entrevistados. O profissional inicia-se e desenvolve-se nessa atividade de supervisão sem um programa de treinamento sistemático e específico, mas de maneira informal. Assim, os supervisores com mais tempo na função atuam como mediadores do processo de aprendizagem e adaptação. Isso é feito escalando-se o enfermeiro recém-admitido para o acompanhamento do supervisor, em toda a jornada de trabalho, durante certo período, que pode variar de 15 a 30 dias.

Quando indagamos sobre o conceito de supervisão de enfermagem, cujos resultados constam do Gráfico 1, verificamos que o conceito de processo educativo atribuído à supervisão está incorporado nesse grupo, no qual 59,2% dos enfermeiros afirmaram que a supervisão deve permear o trabalho como um processo educativo.

Outro conceito que foi apontado por 44,4% dos enfermeiros foi o da função de supervisão como processo do gerenciamento da assistência.

Reme.indd 409 12/06/2008 09:38:09

GRÁFICO 1 – DADOS REFERENTES AO CONCEITO DE SUPERVISÃO

FAIXA ETÁRIA	Nº	%
20 - 25	3	11
26 - 30	5	18,4
31 - 35	4	14,3
36 - 40	4	14,3
41 - 45	7	27
46 - 50	2	7,5
51 - 56	2	7,5

Dos enfermeiros participantes desta pesquisa, 33% têm a supervisão como processo que proporciona o relacionamento pessoal no ambiente de trabalho. Outros 22,2% têm o conceito pautado no poder de decisão e na autonomia, e acrescentam, ainda, a expressão "apagar incêndio", metáfora usada para conceituar supervisão. Dos respondentes, 3,7% referiram ser um processo de motivação para o trabalho.

Os dados referentes à continuidade dos estudos dos enfermeiros supervisores após a graduação em enfermagem são apresentados na Tabela 3.

TABELA 3 – DISTRIBUIÇÃO DOS ENFERMEIROS SUPERVISORES SEGUNDO OS CURSOS FREQÜENTADOS APÓS A GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM. BOTUCATU, 2005

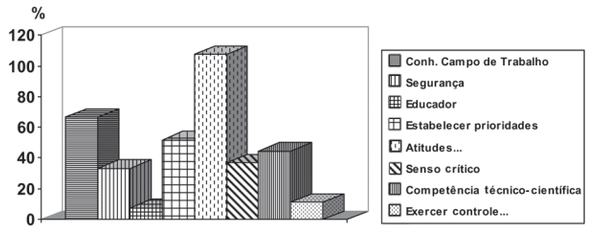
Cursos Frequentados	Nº	%
Extensão	6	22,5
Especialização	16	59,2
Mestrado	1	3,7
Doutorado	0	0
Não freqüentou	3	11,1
Total	27	100

Os dados desta tabela sugerem que os enfermeiros têm procurado dar continuidade à sua formação, prioritariamente, em cursos de especialização. Isso pode ser explicado pela maior oferta desses cursos, o que facilita a acessibilidade.

Dos entrevistados, 70% referiram que não foram preparados especificamente para a função de supervisão, tanto nos cursos de graduação quanto na instituição em que se encontram exercendo essa função. Aproximadamente 30% dos profissionais mencionaram abordagem do tema na graduação e algum treinamento por parte da instituição. Apesar disso, 74% dos enfermeiros declararam que se sentem seguros em exercer essa atividade, acrescentando, ainda, que esse tipo de atividade funciona como um reconhecimento do campo de trabalho, configurando-se mesmo como um treinamento em serviço.

Quanto às características de um supervisor, as respostas dos entrevistados são representadas no Gráfico 2.

GRÁFICO 2 – DADOS REFERENTES AS CARACTERÍSTICAS DO SUPERVIDOR



Outro ponto que merece destaque foi o conhecimento do campo de trabalho apontado por 66,6% como importante para o bom desempenho. A segurança foi apontada por 33,3% dos enfermeiros e o papel de educador apenas por 7,5%. No entanto, um número considerável de enfermeiros (51,8%) declarou a necessidade de saber formular critérios para o estabelecimento de prioridades e de possuir características de liderança.

A Tabela 4 traz os objetivos da supervisão de acordo com os entrevistados.

TABELA 4 – DISTRIBUIÇÃO DOS ENFERMEIROS SUPERVISORES SEGUNDO O QUE CONSIDERAM SER OBJETIVOS DA SUPERVISÃO EM ENFERMAGEM BOTUCATU. 2005

Objetivos da supervisão	Nº	%
Qualidade da assistência	25	92,5
Trabalho em equipe	25	92,5
Gerenciamento da assistência	7	26,0
Não responderam	3	11,1
Total	60	222,1

* Respostas múltiplas

Por esses dados denota-se que a supervisão é considerada pelos enfermeiros que participaram deste estudo como uma atividade realizada em equipe que visa à qualidade da assistência.

Quanto aos tipos de problemas enfrentados, foram apontados, em respostas múltiplas, os administrativos por 85% dos supervisores, 37% indicaram problemas ligados à assistência ao doente e 33,5% apontaram problemas de naturezas diversas.

Quanto à solução de problemas enfrentados na supervisão, verificamos que grande parte desses problemas são solucionados pelo próprio supervisor por meio do diálogo. Em outras situações que escapam do âmbito de sua competência, a ocorrência é encaminhada a outras instâncias hierárquicas.

DISCUSSÃO

O predomínio do sexo feminino no exercício da profissão ainda é marcante. Historicamente, sabe-se que a enfermagem é uma profissão predominantemente feminina, uma vez que o cuidado foi tido como atribuição do sexo feminino.[6]

Reme.indd 410 12/06/2008 09:38:09

Neste estudo, verificou-se que dos 27 enfermeiros supervisores, apenas 2 eram do sexo masculino. No entanto, eram os únicos desse sexo na instituição, o que vem referendar estudos que apontam uma tendência de enfermeiros do sexo masculino assumirem, preferentemente, cargos de direção e de supervisão nas instituições de saúde. Uma análise mais detalhada sobre esse aspecto não foi objeto desta pesquisa, porém um estudo sobre as questões referentes à posição do enfermeiro do sexo masculino nas instituições de saúde do Brasil seria bastante oportuno para a compreensão das razões que levam profissionais de enfermagem do sexo masculino a ocupar cargos administrativos e/ou desenvolver atividades de supervisão a assistência.

Embora 20 enfermeiros (74%) afirmem que têm segurança em exercer a atividade de supervisão, é de se questionar o significado dessa segurança, dadas as deficiências, já mencionadas, do preparo para o exercício dessa atividade. Assim, supõe-se que o enfermeiro supervisor exerça um papel muito mais direcionado ao controle das atividades desenvolvidas pelos demais membros da equipe de enfermagem do que à supervisão.

Consideramos que o conceito de supervisão como processo motivador do trabalho, apresentado pelos entrevistados, é bastante pertinente, tendo em vista que o cotidiano do exercício da enfermagem é caracterizado por atividades que exigem alta motivação, sendo esse aspecto fundamental na busca de maior eficiência e, conseqüentemente, de qualidade da assistência de enfermagem.[8] No entanto, apenas 3,7% fizeram referência a esse aspecto da supervisão.

A supervisão evidencia a interação do supervisor com o supervisionado, que se traduz pela resolução de problemas em conjunto de forma cooperativa e sistemática. Nessa visão, o supervisor, centrado nas pessoas e no relacionamento humano, propicia motivação e promove o desenvolvimento do grupo.[1] A motivação conduz ao crescimento e ao fortalecimento pessoal, o que reforça ou aumenta os níveis das variáveis desejáveis, diminuindo as indesejáveis.[9]

Outro ponto importante e que merece destaque relaciona-se à educação, aspecto que deve ser incorporado no desempenho da supervisão.

O propósito dessa atividade é realmente elevar ou mesmo assegurar a qualidade dos serviços de saúde prestados ao indivíduo, à família e à comunidade, portanto deve ser encarada como aprendizado orientado.[10] Partindo dessa premissa, o supervisor deve incorporar o papel educativo no sentido de reorientar o trabalho, corrigindo as falhas com melhoria da qualidade da assistência.[11] Isso porque a qualidade dos serviços está em promover o desenvolvimento pessoal, detectar problemas e solucioná-los, contribuir para avaliação tanto do serviço quanto do pessoal, assegurar o melhor atendimento aos pacientes e alcançar a eficiência e a eficácia das atividades desenvolvidas.[12]

Com relação ao conceito de supervisão como processo do gerenciamento da assistência, considera-se, em realidade, que a supervisão se manifesta como uma extensão da atividade gerencial à procura de adequação das ações e se caracteriza por um processo continuo de interações sociais determinadas por um contexto de relações humanas dinâmicas e contraditórias em convívio constante e intenso. Nesse contexto, as possibilidades de transformação do modelo assistencial e/ou das ferramentas utilizadas no trabalho cotidiano são inúmeras.[13] Usando a supervisão como instrumento político e técnico para organizar o processo de trabalho, este poderá se tornar mais produtivo e de qualidade.[14]

Pelo uso da metáfora "apagar incêndio", pode-se deduzir que a supervisão de enfermagem é uma função que exige incentivo e preparo para compreensão do seu verdadeiro significado e que deve seguir as sucessivas etapas que estão incluídas no planejamento, na execução e na avaliação. Problemas organizacionais causam situações freqüentes de "incêndios" e as atividades desenvolvidas constantemente para "apagá-los" acabam impedindo o planejamento de ações mais eficazes e efetivas. Também não se pode deixar de mencionar que esse tipo de expressão surge na maioria das vezes pela insatisfação profissional. Os serviços de saúde, de modo geral, impõem que o enfermeiro exerça, de modo predominante, atividades administrativas, muitas vezes sem a necessária contrapartida institucional, gerando insatisfação, acomodação e indefinição profissional. Verifica-se que a atividade de supervisão acaba sendo entendida mais como ação administrativa de controle, desqualificando seu real significado e acarretando a desmotivação do profissional, que se sente limitado em sua atuação, especialmente aço o doente. Embora a supervisão das atividades de enfermagem seja uma função inerente do enfermeiro, nessa condição ele acaba ficando sempre na expectativa do que poderá acontecer e se coloca no papel de "bombeiro", pois só é chamado nas situações em que os demais integrantes da equipe não têm competência para solucionar o problema, cabendo-lhe a tomada de decisão.

Assim, no processo de supervisão, não cabe apenas controlar ou fiscalizar, mas participar ativamente, conhecendo as necessidades da equipe e do doente.

Observamos, também, neste estudo, uma variedade de setores em que a supervisão deve se desenvolver cada qual com suas peculiaridades em termos pessoais, assistenciais e administrativos. Isso exige do profissional grande desenvoltura para a tomada de decisões, causando-lhe certo desgaste.

Portanto, o ato de supervisionar exige, além da participação ativa do supervisor, um compartilhar mediante relações de parcerias com os supervisionados.[11]

Os entrevistados demonstraram preocupação com sua atualização e especialização. Já na década de 1960 enfatizava-se que era indispensável o preparo de enfermeiros para exercer a função de supervisão, que deveria incluir conhecimentos técnicos, científicos e administrativos, experiência do campo de trabalho e atualização sobre conhecimentos tecnológicos por meio de cursos de atualização.[15]

Atualmente, propostas de curso de pós-graduação, como o mestrado profissional, vêm ao encontro das necessidades do profissional inserido na prática assistencial.

Acredita-se que tanto mais orientada quanto informada e motivada estiver a equipe de enfermagem, menor

Reme.indd 411 12/06/2008 09:38:09

serão as demandas para a supervisão. Isso aponta para a necessidade de adoção de metodologias de trabalho com estratégicas de motivação, de desenvolvimento pessoal, de controle de resultados e avaliação.[13]

A falta de preparo específico para o exercício da supervisão, referida pelos entrevistados, aponta para a necessidade de maior atenção dos cursos de graduação durante a fase de formação dos enfermeiros e das instituições hospitalares durante o desenvolvimento de programas de educação continuada.

Para o desenvolvimento da atividade de supervisão, foi apontado como problema a própria dificuldade em supervisionar. Assim, há uma distorção da real finalidade da supervisão, uma vez que para desenvolvê-la há necessidade de preparo específico, o qual implica capacitar o enfermeiro para reflexão crítica de sua prática e análise do seu trabalho, no sentido de ser capaz de estabelecer metas inovadoras e adotar estratégias de trabalho educativo entendido como característica central da supervisão.

Na prática, o enfermeiro deve ser preparado para assumir funções que visem à organização e coordenação da assistência. No entanto, não é isso o que acontece; ele acaba assumindo função de controle baseada em um modelo de processo de trabalho de distribuição e supervisão de pessoal, segundo princípios rígidos da administração científica, e não no sentido educativo. Acaba aderindo ao imediatismo do cumprimento de tarefas relacionadas à assistência, distorcendo o verdadeiro sentido de tais tarefas.[16]

Entre as características apontadas pelos enfermeiros, o supervisor deve possuir atitudes que facilitem a execução do seu trabalho, tais como: determinação, interesse, cautela, paciência, humildade, dinamismo, empatia, iniciativa, imparcialidade e controle emocional. De fato, o homem necessita apropriar-se de mecanismos que viabilizem o autoconhecimento, bem como o conhecimento do outro, levando a um entendimento mútuo. Esses mecanismos podem ser definidos por palavras, expressões, posturas, gestos e até mesmo o silêncio, formalizando a comunicação, fundamental no cotidiano do enfermeiro.[17]

Saber formular e usar critérios, estabelecer prioridades, sentir-se seguro e ter espírito de liderança foram apontados como características necessárias ao supervisor. O enfermeiro tem a responsabilidade de coordenar as atividades exercidas pelos demais membros da equipe de enfermagem e, nesse cenário, a liderança e a comunicação constituem estratégias essenciais.[18] Ao líder compete respeitar as individualidades, compreender as diferenças e tirar o máximo proveito das diferentes potencialidades, compartilhando êxitos e insucessos com todos.[19,20]

A identificação da qualidade da assistência como objetivo principal da supervisão demonstra que os enfermeiros estão conscientes do seu trabalho. Em estudo realizado sobre esse tema, destaca-se que, no grupo pesquisado, embora mencionado por diferentes maneiras, foi considerado que o propósito principal da atividade de supervisão é a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem.[11]

A qualidade da assistência requer uma avaliação contínua das atividades desempenhadas por determinado grupo, englobando a satisfação dos profissionais envolvidos e dos usuários. Isso requer ações que visem orientar, avaliar e corrigir as diferenças.

A supervisão de enfermagem é, portanto, um instrumento que viabiliza a qualidade da intervenção de enfermagem, pois procura desenvolver as potencialidades dos membros da equipe.[13]

A importância dada pelos participantes deste estudo ao trabalho em equipe e ao seu desenvolvimento indica que a supervisão é caracterizada como um processo vivo, dinâmico, que procura desenvolver a capacidade individual em função de um desenvolvimento mais efetivo por parte da equipe de enfermagem. O fato é que o enfermeiro, nas atividades intra-hospitalares, desenvolve ações que se articulam e se complementam na consecução do trabalho em saúde.

A ligação que os entrevistados estabeleceram entre gerenciamento e supervisão mostra que, na prática, o enfermeiro é legalmente responsável para assumir a atividade de gerência, e compete a ele a coordenação da equipe, a condução e a viabilização da assistência durante a hospitalização do doente.[21,22] Desse modo, ele tem dedicado grande parte de seu tempo às atividades administrativas voltadas ao gerenciamento da assistência. E, assim, envolvido com questões de controle de material e supervisão de pessoal, muitas vezes tem dificuldades para diferenciar as ações educativas das de controle.

A gerência de enfermagem tem assumido papel fundamental na articulação entre os profissionais que compõem a equipe de enfermagem e na organização do processo de trabalho de enfermagem, concretizando ações perante os usuários para atendimento integral de suas necessidades.[22] Logo, é fundamental que sejam incorporadas práticas de gerenciamento por meio do diálogo e da análise do processo de trabalho, com participação de toda a equipe de enfermagem e da equipe multiprofissional. Isso reforça e redesenha o trabalho no sentido de promover a qualidade dos serviços.

Em estudo realizado para analisar as opiniões dos enfermeiros sobre as modificações ocorridas na prestação da assistência de enfermagem em uma instituição hospitalar após inserção no SUS, verificou-se que os enfermeiros continuam dedicando seu tempo às atividades administrativas, voltadas ao gerenciamento do cuidado, sendo que as ações mais citadas foram as relacionadas ao controle de material e à supervisão de pessoal.[21] Um estudo realizado há décadas sobre esse tema já apontava que os problemas que dificultam o desenvolvimento de programas de supervisão em enfermagem estão relacionados às falhas de estruturas técnicas administrativas e ao não-reconhecimento da supervisão como processo que visa à melhoria da assistência de enfermagem e ao desenvolvimento de pessoal. Somando-se a isso o número insuficiente de enfermeiros nas instituições hospitalares e a falta de programas para os recém-admitidos têm-se, como conseqüência, relações humanas no trabalho deficientes e qualidade de assistência prejudicada em decorrência de questões políticas e organizacionais mal resolvidas.[15]

CONCLUSÃO

Neste estudo identificou-se o predomínio de enfermeiros do sexo feminino no exercício da função de supervisão, os quais, praticamente em igual número,

Reme.indd 412 12/06/2008 09:38:09

cumprem escalas fixas em algumas unidades e escalas em rodízio em outras.

Aproximadamente 30% dos enfermeiros supervisores estão há menos de dois anos trabalhando nesse hospital, sendo possível perceber que a escala de enfermeiros para a supervisão parece indicar uma estratégia de adaptação do enfermeiro.

Foi possível identificar o exercício de um papel que mais se aproxima da função de controle do que da função de supervisão, embora, em número significativo, os enfermeiros tenham conceituado a supervisão como processo educativo e de gerenciamento da assistência que proporciona relações interpessoais no trabalho.

A definição dada sobre a atividade de supervisão, como de "apagar incêndio", indica deficiências de planejamento das ações e, também, sugere certo grau de insatisfação dos enfermeiros supervisores.

Um número expressivo de enfermeiros busca complementar sua formação por meio de cursos de extensão e de especialização, porém o preparo específico para o desenvolvimento da atividade de supervisão ainda é incipiente.

Entendemos que o supervisor deve ter como características os seguintes atributos: determinação, interesse, paciência, cautela, humildade, dinamismo, empatia, iniciativa, imparcialidade e controle emocional.

O principal objetivo da supervisão para a quase totalidade dos enfermeiros participantes deste estudo é a qualidade da assistência.

Os problemas que mais enfrentam são, em sua maioria, os administrativos e, em segundo lugar, os ligados à assistência direta, os quais são, em grande parte, solucionados pelo próprio supervisor.

As evidências encontradas nesta pesquisa constituem diagnóstico situacional do exercício da supervisão da assistência de enfermagem na instituição onde o estudo se desenvolveu. Pretendemos que este diagnóstico seja utilizado no planejamento estratégico de um programa de capacitação de enfermeiros para o desempenho dessa função.

REFERÊNCIAS

1. Ciampone MHT. Supervisão e enfermagem. Rev Paul Enferm. 1985; 5 (3): 111-3.
2. Pinho MCG. Trabalho em equipe de saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz. Ciên Cognição. 2006 ago; 8: 68-87.
3. Silva MA, Erdmann AL, Cardoso RS. O processo de produção administrativa da enfermagem hospitalar: um sistema complexo viável. REME Rev Min Enferm. 2006 jan./mar.; 10 (1): 54-60.
4. Escobar NG. Qualidades de uma supervisora. Rev Paul Hosp.1967; 15(1): 40-4.
5. Leite MLS. Padrão de supervisão da enfermeira em hospitais de Feira de Santana – BA. Rev Bras Enferm.1997; 50(2):169-82.
6. Simões J,Amâncio L. Gênero e enfermagem: um estudo sobre a minoria masculina. Sociologia. 2004 jan.; 44:72-81.
7. Mackintosh C. A historical study of men in nursing. J Adv Nurs. 1997; 26: 232-6.
8. Pereira MCA, Fávero N. A motivação no trabalho da equipe de enfermagem. Rev Latino-Am Enferm. 2001 jul.; 9 (4):7-12.
9. Pasti MJ, Gir E, Coleta JÁD. Perfil motivacional do enfermeiro atuante em um hospital geral do interior paulista. Rev. Latino-Am Enferm. 1999 dez.; 7(5): 33-41.
10. Kron T, Gray A. Administração dos cuidados de enfermagem ao paciente. Rio de Janeiro: Interlivros; 1989.
11. Melo MNB, Germano RM. No caminho das pedras: a supervisão de enfermagem em hospitais públicos. Nursing (São Paulo). 2004; 74(7): 39-44.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ações Básicas de Saúde. Guia de supervisão em estabelecimento de saúde. Brasília: Centro de documentação do Ministério da Saúde; 1881.
13. Servo MLS. O pensar, o sentir e o agir da enfermeira no exercício da supervisão na rede SUS local: o (RE) velado de uma práxis [tese]. São Paulo: Universidade São Paulo – Escola de Enfermagem; 1999. p 273.
14. Greco RM. Ensinando a administração em enfermagem através da educação em saúde. Rev Bras Enferm. 2004 jul./ago.; 57 (4):504-7.
15. Andrade OB, Piva N. Seminário sobre supervisão de enfermagem. Rev Saúde Pública. 1969 dez.; 3 (2): 233-41.
16. Almeida MCP. A formação do enfermeiro frente à reforma sanitária. Cad Saúde Pública. 1986 out./dez.; 2 (4):505-10.
17. Simões ALA, Fávero N. O desafio da liderança para o enfermeiro. Rev Latino-Am Enferm. 2003 set./out.; 11(5): 567-73.
18. Corniani F, Galvão CM, Sawada NO. Liderança e comunicação: opinião dos enfermeiros responsáveis pelos serviços de enfermagem de um hospital governamental. Rev Esc Enferm USP. 2000 dez; 34 (4) 347-53.
19. Trevizan MA, Mendes IAC, Fávero N. Melo MRAC. Liderança e comunicação no cenário da gestão em enfermagem. Rev. Latino-Am Enferm. 1998 dez.; 6(5): 77-82.
20. Dias MAA. Liderança: uma nova visão da atuação do enfermeiro frente a sua equipe. Rev. Academia Enferm. 2003; 1(1): 15-9.
21. Melo MRAC, Fávero N, Évora YDM, Nakao JRS. O Sistema Único de Saúde e as ações do enfermeiro em uma instituição hospitalar brasileira. Rev Panam Salud Publica. 1999; 6 (6) 408-14.
22. Spagnol CA. (Re) pensando a gerência em enfermagem a partir de conceitos utilizados no campo da saúde coletiva. Ciên Saúde Coletiva. 2005; 10 (1): 119-27.

Data de submissão: 9/11/2007
Data de aprovação: 1º/4/2008

Reme.indd 413 12/06/2008 09:38:10

ESTRESSE EM ESTUDANTES DE ENFERMAGEM: CONSTRUÇÃO DOS FATORES DETERMINANTES

STRESS IN NURSING STUDENTS: CONSTRUCTION OF DETERMINING FACTORS

ESTRÉS EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA: CONSTRUCCIÓN DE LOS FACTORES DETERMINANTES

Ana Lucia Siqueira Costa[1]

RESUMO

O estresse tem sido evidenciado de maneira significativa entre os estudantes de enfermagem. Sua avaliação entre eles vem sendo um desafio, pois, na literatura científica nacional, são observados poucos estudos com essa abordagem ou com métodos que se adaptem à realidade vivida pelos discentes de enfermagem. Dessa forma, esta pesquisa tem como objetivo verificar os fatores de estresse mais comumente vivenciado pelos estudantes de enfermagem durante o período de sua formação profissional. Este estudo é parte da pesquisa *Construção de instrumento para avaliação do estresse entre os estudantes de enfermagem* e foi realizado na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. O referencial adotado segue o modelo teórico de Pasquali e os resultados apresentados nesta pesquisa referem-se aos procedimentos teóricos. Os dados foram embasados no roteiro elaborado pela pesquisadora e respondido pelos estudantes. Nesse roteiro, foram obtidos 31 itens considerados como fatores de estresse, que foram agrupados em cinco categorias: conteúdo teórico, conteúdo prático, dificuldades pessoais, dificuldades ambientais e o relacionamento interpessoal. Os itens destacados pelos estudantes revelam o caráter desafiador do processo ensino-aprendizagem, particularmente importante aos estudantes de enfermagem, cujo erro nesse processo implica prejuízo ou danos ao paciente. A necessidade de adaptação às novas exigências e obrigações escolares, as responsabilidades sociais e ocupacionais que surgem nesse processo de aprendizagem, a necessidade de melhor organização das tarefas diárias, o convívio com outros colegas e os desafios freqüentes quanto às opções profissionais e pessoais são apontados como fatores de estresse aos estudantes.

Palavras-chave: Estresse; Educação em Enfermagem; Aprendizagem; Estudantes de Enfermagem.

ABSTRACT

Stress has been identified with significant frequency in Nursing students. However, its assessment among them has been a challenge because in Brazilian scientific literature there are few studies that approach it or that use methods that are adequate to the reality of Nursing students. Thus this research is aimed at verifying among students of nursing the factors of stress commonly experienced by them during the period of professional training. This study is part of the research *Construction of instrument to evaluate stress in nursing students* and is being carried out by the University of São Paulo's Nursing School, and the framework adopted in Pasquali's theoretical model. According to this model, the results presented in this survey refer to the theoretical procedures and were obtained based on a sequence of questions the researcher created and were answered by the students. That sequence revealed 31 items that are considered stress factors, which were grouped into five categories: theoretical content, personal difficulties, environment problems, practical content and interpersonal relationships. The items students highlighted indicate the challenging character of the teaching-learning process, which is particularly important in the case of Nursing students, whose mistakes may lead to harm to patients. The need to adjust to the new school demands and obligations, the social and occupational responsibilities that appear in this learning process, the need to better organize daily tasks, the relations with fellow students and the frequent challenges of professional and personal alternatives are shown as stress factors for students.

Key words: Stress; Nursing Education; Learning; Students, Nursing.

RESUMEN

Se ha comprobado que los estudiantes de enfermería se sienten muy presionados durante su curso de formación. Sin embargo, evaluar tal estrés es un reto puesto que en la literatura científica nacional hay pocos estudios que lo enfocan o que tratan sobre métodos que se adaptan a la realidad. Este trabajo se propone verificar los factores más comunes de estrés entre los alumnos de enfermería durante su curso universitario. El presente estudio forma parte de la investigación *Construcción de instrumentos para evaluar el estrés entre los estudiantes de enfermería*, realizado en la Escuela de Enfermería de la Universidad de San Pablo. El referente adoptado sigue el modelo teórico de Pasquali y los resultados presentados se refieren a los procedimientos teóricos. Los datos se basaron en un cuestionario elaborado por la investigadora para los alumnos. En esta encuesta se obtuvieron treinta y un puntos considerados como factores de estrés, agrupados en cinco categorías: contenido teórico, contenido práctico, dificultades personales, dificultades ambientales y relaciones interpersonales. Los puntos destacados por los alumnos revelan el carácter desafiador del proceso enseñanza – aprendizaje, muy importante para los alumnos de enfermería porque cualquier error en este proceso implica perjuicios y daños a los pacientes. Se destacaron los siguientes factores: necesidad de adaptar las responsabilidades sociales y ocupacionales a las nuevas exigencias y obligaciones escolares, necesidad de organizar mejor las tareas cotidianas, la convivencia con otros colegas y los retos frecuentes en las opciones profesionales y personales.

Palabras clave: Estrés; Educación en Enfermería; Aprendizaje; Estudiantes de Enfermería.

[1]Enfermeira. Professora Doutora. Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, Brasil. Endereço para correspondência: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, São Paulo-SP, Brasil – CEP: 05403-000. E-mail: anascosta@usp.br.

Reme.indd 414 12/06/2008 09:38:10

INTRODUÇÃO

A civilização humana passa por transformações importantes em seu modo de interagir, inicialmente, em seu próprio ambiente e, a seguir, em situações e ambientes distantes. A evolução tecnológica trouxe contribuições para o desenvolvimento do homem em seu contexto social, cultural e biológico, contudo também veio acompanhada de numerosos problemas, expondo-o à fragilidade física e emocional. Com base nessa constatação, o estresse é citado como um dos grandes males que acometem o homem na sociedade atual, sendo considerado "uma epidemia global" pela Organização Mundial da Saúde (OMS).[1]

Os estudos iniciais sobre a homeostasia orgânica foram desenvolvidos por Walter Canon, em 1914.[2] Posteriormente, Selye[3] utilizou os conceitos previamente elaborados sobre a homeostasia e desenvolveu estudos sobre as alterações dos sistemas nervoso e endócrino decorrentes do estresse.

Manson, citado por Valdés e Flores,[4] desenvolveu a teoria neuroendócrina do estresse, acentuando a influência dos fatores psíquicos sobre as funções neuroendócrinas. Ao deparar com situações ameaçadoras e de grande exigência, o indivíduo passa por sensações de medo, tristeza e solidão, ou seja, vivencia sentimentos carregados de alterações comportamentais e orgânicas, denominadas emoções, que desencadeiam alterações fisiológicas por meio da estimulação nervosa que interfere diretamente na saúde do indivíduo.

Popularmente, o termo "estresse" é enfocado sob diversos aspectos, porém nem sempre utilizado de modo correto, conforme sua definição. Na literatura científica gera[15,6] e, sobretudo, na enfermagem brasileira, o estresse foi estudado em diferentes abordagens: na saúde do trabalhador de enfermagem, na saúde do idoso, em associação com os processos patológicos, nas situações de pré e pós-operatórios.[7-15]

O estresse tem sido, também, evidenciado de maneira significativa entre os estudantes de enfermagem.[1] Sabe-se que todo processo em que o sujeito é exposto a novas situações e com necessidade de desenvolver ou adquirir habilidades implica submetê-lo à vivência de maior ou menor intensidade de estresse. O caráter ameaçador ou desafiador do processo ensino-aprendizagem é, particularmente, importante aos estudantes de enfermagem, em especial, quando o erro nesse processo implica prejuízo ou danos ao paciente.

As características inerentes ao curso, cuja ênfase de formação profissional está voltada ao atendimento ao paciente, fazem com que, nesse período, a relação aluno-enfermeiro-paciente seja norteada, muitas vezes, por estímulos emocionais intensos: o contato íntimo com a dor e o sofrimento do outro; o atendimento a pacientes em fase terminal; a dificuldade em lidar com pacientes queixosos e em condições emocionais alteradas; a intimidade corporal; e outras características que requerem do aluno um período de adaptação a essa condição específica de formação profissional.

Na assistência clínica, a fase inicial tem sido identificada como um período de ameaças e desafios aos estudantes de enfermagem. Nessa perspectiva, Admi[17] observou que o aluno, quando inicia sua atividade na prática clínica, apresenta maior estresse quando comparado com aquele que já realiza suas atividades efetivas de assistência. A autora menciona a importância dos educadores na função de ajuda para que os alunos desenvolvam os processos de enfrentamento em seu próprio benefício ao se depararem com o estresse do paciente.

Mesmo considerando a necessidade de adaptação do aluno às diferentes fases do curso de graduação, a experiência prática do pesquisador demonstra que o período de conclusão do curso, ou seja, a fase de transição aluno-enfermeiro tem um significado especial de crise. O desafio quanto ao mercado de trabalho e a responsabilidade profissional estão presentes e associados a diversas expressões de estresse.

Em estudo realizado por Nogueira-Martins[18] com residentes, em 12 programas de Residência Médica, foram relatadas as seguintes dificuldades: a grande quantidade de pacientes para o cuidado; a presença de pacientes hostis; pacientes que vêm a falecer; pacientes com alteração de comportamento; comunicações dolorosas; dilemas éticos; medo de contrair infecção. Quanto às principais fontes de estresse, foram citadas: medo de cometer erros; fadiga, cansaço; falta de orientação; constante situação opressora; plantão noturno; excessivo controle por parte dos supervisores; falta de tempo para o lazer, família, amigos e necessidades pessoais. Pode-se inferir que muitos aspectos apontados pelos residentes analisados são comuns aos estudantes de enfermagem.

Analisando-se especificamente os estudantes de enfermagem, sabe-se, na prática, que vários fatores podem ser apontados como causa de estresse. Mas o que se observa é o reduzido número de instrumentos que se destinam a avaliar os fatores e o nível de estresse presente entre esses indivíduos.

Verifica-se que alguns instrumentos de avaliação de estresse são destinados a populações gerais e não são específicos para uso em estudantes de enfermagem. No entanto, os que se destinam à avaliação do estresse entre esses estudantes foram desenvolvidos por autores que vivem em realidades sociais, comportamentais e culturais diferentes da realidade brasileira, fato que dificulta sua adaptação e utilização em um contexto diferente daquele inicialmente desenvolvido.[19, 20]

O interesse em estudar o estresse tem sido a vivência da pesquisadora em estudos anteriores que abordam a mesma temática e por ser uma observadora da realidade presente entre os estudantes de enfermagem. Ainda, o interesse pelo tema ocorre pela preocupação com os futuros profissionais que, pela própria característica das atividades que irão exercer, deverão deparar com situações de estresse e, em razão disso, necessitam incorporar o conceito do estresse à sua própria formação e às etapas evolutivas de suas experiências.

A finalidade desta pesquisa é desenvolver um instrumento de análise de estresse para ser utilizado entre os estudantes de enfermagem que retrate a realidade vivenciada por esses alunos em seu contexto social.

Para a elaboração do instrumento de medida de estresse, optou-se pelos estudos de Pasquali[21] como referencial metodológico desta pesquisa. Esse modelo

Reme.indd 415 12/06/2008 09:38:10

teórico baseia-se em três grandes pólos ou procedimentos: os teóricos, os empíricos (experimentais) e os analíticos (estatísticos).

Os procedimentos teóricos contemplam o construto, a explicitação da teoria em questão ou objeto pelo qual se deseja desenvolver um instrumento de medida e sua operacionalização em itens.

No pólo empírico, faz-se o delineamento das etapas e técnicas de aplicação do instrumento ainda em fase experimental. Nessa etapa, um estudo piloto deverá ser aplicado como coleta de informações e elementos de avaliação da qualidade psicométrica do instrumento. Nos procedimentos analíticos, será determinada a análise estatística de validação do instrumento.

Neste estudo, serão identificados os fatores de estresse mais comumente vivenciados pelos estudantes de enfermagem. Com este intuito foi desenvolvido o seguinte objetivo:

OBJETIVO

Verificar entre os estudantes de enfermagem os fatores de estresse mais comumente vividos durante o período de sua formação profissional.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Este estudo caracteriza-se por ser exploratório, de desenvolvimento metodológico que visa, de maneira sistemática, conhecer os fatores de estresse mais relatados pelos estudantes de enfermagem.

Para a realização desta pesquisa, os recursos financeiros necessários foram concedidos pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP).

Local de estudo e informações detalhadas sobre a pesquisa

Na fase de construção dos itens pertinentes ao instrumento da pesquisa, a amostra do estudo foi composta de 28 alunos, divididos de maneira eqüitativa entre os quatro anos que compõem o curso (sete alunos em cada ano), matriculados no curso de graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Os alunos participantes foram sorteados de maneira aleatória.

Os critérios de inclusão dos estudantes na amostra deste estudo foram:

– ser aluno oficialmente matriculado no curso de graduação em Enfermagem na referida instituição de ensino;
– ser contemplado por meio de sorteio para participar da pesquisa;
– concordar participar do estudo e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Comissão de Ética e Pesquisa

A pesquisa foi avaliada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e, após aprovação, foi efetivamente desenvolvida. O Consentimento Livre e Esclarecido foi obtido no momento da coleta dos dados.

Procedimentos empíricos

Utilizou-se um roteiro para se obter a opinião dos estudantes quanto aos fatores de estresse mais comumente vivenciados por eles durante o período em que estão matriculados no curso de graduação em Enfermagem. O roteiro foi composto de instruções que orientavam a respeito de seu correto preenchimento e, também, de perguntas abertas que abordavam especificamente as situações de estresse.

Quanto às perguntas, contemplaram o conhecimento do aluno sobre o conceito e os fatores de estresse que mais comumente vivenciam, situações consideradas estressantes relacionadas com a faculdade e com sua futura vida profissional.

Para a análise dos dados obtidos, foi utilizado o princípio da pesquisa qualitativa, na qual, inicialmente, foi feita a leitura de todas as respostas com a finalidade da melhor compreensão geral para, depois, proceder à releitura delas, com a intenção de focalizar os fatores de estresses mais importantes vivenciados pelos sujeitos da pesquisa ao longo de sua formação profissional.[22, 23]

As respostas foram agrupadas em categorias que, segundo Rodrigues e Leopardi citados em Carandina,[24:95] as definem como "o ato de recortar, classificar e ordenar idéias ou fatos segundo as suas semelhanças".

Os itens obtidos dessa análise foram associados aos itens contidos em outros instrumentos anteriormente construídos, agregando-se como novos itens descritos, conforme o domínio dos conteúdos.

RESULTADOS

Com as respostas apresentadas foi possível obter 31 itens considerados pelos estudantes como fatores de estresse. Esses foram agrupados em quatro categorias: conteúdo teórico, dificuldades pessoais, dificuldades ambientais e relacionamento interpessoal.

Para a análise dos resultados, não foi considerada a freqüência, mas a citação do item ao menos uma vez pelos estudantes.

Quanto ao conteúdo teórico, os itens contidos nessa categoria referem-se às dificuldades apontadas pelos estudantes quanto ao conteúdo programático, às atividades desenvolvidas e ao método de ensino. O quadro abaixo mostra os fatores de estresse citados.

QUADRO 1 – ITENS CONTIDOS NA CATEGORIA CONTEÚDO TEÓRICO, 2006

1. Obrigatoriedade em realizar os trabalhos extraclasse.
2. Os trabalhos realizados fora da sala de aula são difíceis de ser executados no tempo exigido pelo professor.
3. Os trabalhos extraclasse são difíceis de resolver.
4. A carga horária da faculdade é extensa para ser cumprida.
5. O conteúdo programático oferecido em sala de aula não é suficiente.
6. O conteúdo programático oferecido em sala de aula não auxilia meu desempenho em estágio.
7. Tenho receio de não conseguir finalizar todas as tarefas exigidas na faculdade.;
8. Ter aula com professores que não vivenciam a profissão de enfermagem.

Reme.indd 416 12/06/2008 09:38:10

Na categoria dificuldades pessoais, os dados agrupados retratam as dificuldades que sentiram nas esferas pessoal e familiar, sendo apontados pelos estudantes os seguintes itens:

QUADRO 2 – ITENS CONTIDOS NA CATEGORIA DIFICULDADES PESSOAIS, 2006.

1. Sinto-me pressionado para realizar atividades de pesquisa.
2. Sinto-me inseguro ao fazer as provas.
3. Tenho medo de cometer erros.
4. Falta tempo para momentos de descanso.
5. Sou muito exigente no desempenho de minhas atividades.
6. Tenho problemas de saúde.
7. Tenho problemas de saúde familiar.
8. Vivencio dificuldades financeiras.

Quanto às dificuldades ambientais, os estudantes relataram situações que retratam as dificuldades que sentiram na estrutura oferecida para a realização das atividades em campo de estágio. Os itens citados foram:

QUADRO 3 – ITENS CONTIDOS NA CATEGORIA DIFICULDADES AMBIENTAIS, 2006

1. A distância dos campos de estágio.
2. O transporte público dificulta minha chegada o tempo exigido.
3. As situações de desgaste percebidas em meu ambiente de moradia.
4. A necessidade de me locomover pelos diversos institutos da universidade.

Na categoria conteúdo prático, os estudantes expressaram suas dificuldades na realização das atividades de estágio. Essas atividades referem-se tanto ao conhecimento instrumental das atividades como, também, aos sentimentos que envolvem a oferta do cuidado pelo aluno de enfermagem.

QUADRO 4 – ITENS CONTIDOS NA CATEGORIA DIFICULDADES PESSOAIS, 2006.

1. O ambiente da unidade clínica me causa preocupação.
2. A percepção de sofrimento expressa pelos pacientes.
3. A percepção de sofrimento expressa pelos familiares.
4. As novas situações clínicas que devo vivenciar na prática de estágio.

Na categoria relacionamento interpessoal, foi considerada a relação do indivíduo com os demais elementos de seu convívio familiar, com o grupo de estágio na unidade hospitalar, com os profissionais e na relação paciente/família. Todos os itens citam o relacionamento e a comunicação como fatores preponderantes de estresse. O quadro a seguir demonstra os itens citados.

QUADRO 5 – ITENS CONTIDOS NA CATEGORIA RELACIONAMENTO INTERPESSOAL, 2006

1. Tenho dificuldade em me relacionar com outros profissionais da área.
2. Meu relacionamento com os colegas do grupo é conflitante.
3. A comunicação com os demais profissionais na unidade onde faço estágio.
4. A comunicação com o paciente.
5. A comunicação com a família do paciente.
6. As atitudes observadas em outros profissionais da unidade.
7. Tenho dificuldade no meu relacionamento familiar.

DISCUSSÃO

O acompanhamento dos estudantes de enfermagem nas atividades teóricas ou em práticas clínicas permite destacar as dificuldades vivenciadas pelos alunos. Entre esses estudantes, inúmeras razões podem ser destacadas como fatores de estresse. Na fase de ingresso na universidade, os alunos deparam com um novo ambiente, muitas vezes, diferente e distante de seu contexto de vida. A necessidade de adaptação às novas exigências e obrigações escolares, as responsabilidades sociais e ocupacionais que surgem nesse processo de aprendizagem, a necessidade de melhor organização das tarefas diárias, o convívio com outros colegas e os desafios freqüentes quanto às opções profissionais e pessoais contribuem para o surgimento de situações de ansiedade e estresse.[2]

Aqueles que se encontram na fase final do curso de graduação vivenciam situações de medo quanto ao futuro não mais como aluno, mas como profissional. As exigências administrativas da instituição de trabalho, a obrigatoriedade em desempenhar as atividades de liderança entre a equipe de enfermagem, as atividades assistenciais, muitas vezes, em pacientes em condições críticas, o desafio para garantir o bom desempenho profissional, todas essas situações, entre as diversas, podem ser citadas como fontes de estresse.

Além das situações inerentes ao contexto de vida do aluno, ele precisa adaptar-se às mudanças que ocorrem nesse período para, assim, garantir melhor êxito nessa etapa de sua formação profissional.

Assim, o estudante deve adquirir novos conhecimentos e habilidades integrantes ao seu processo ensino-aprendizagem. A aprendizagem implica modificação de comportamento que advém de uma experiência e, nesse processo, ocorre uma mobilização orgânica com mudança na estrutura intelectual do indivíduo.[26]

O aluno, ao relatar o conteúdo teórico como fonte de estresse, cita, de maneira indireta, sua dificuldade em inserir novos conhecimentos aos já existentes. Valsecchi e Nogueira[27] consideram que a aprendizagem implica um trabalho cognitivo de análise de conhecimentos e significados para garantir, assim, maior competência. O processo ensino-aprendizagem deve ressaltar as

Reme.indd 417 12/06/2008 09:38:10

diferenças individuais, habilidades, experiências prévias e estilos de vida.

Mesmo considerando a escassez de estudos na área de avaliação do estresse em estudantes de enfermagem, alguns autores referem que o programa curricular adotado pelas escolas de enfermagem é altamente estressante.[28-29] Portanto, devem ser estabelecidos métodos para o acompanhamento desses alunos a fim de auxiliá-los a desenvolver os processos de enfrentamento das situações de estresse, com o intuito de melhor desempenho acadêmico e, futuramente, profissional. A própria estrutura do curso, a rigidez de horários, a responsabilidade no atendimento dos pacientes, o medo em errar são fatores de tensão.

Apesar de na instituição de coleta de dados a pesquisa ser valorizada e os alunos estimulados pelos docentes para desenvolvê-la em conjunto com as disciplinas da grade curricular, essa atividade foi citada como fator de estresse para esses alunos. A pesquisa não é vista como uma forma de fortalecimento pessoal e melhoria profissional. Na prática, os alunos, ao referirem à pressão para a realização dessa atividade, estão enfatizando a sobrecarga de conteúdo teórico oferecido no curso de graduação associado com a atividade de pesquisa. Acredita-se que o aluno, ao relatar essa dificuldade, não compreende a importância e a associação do conhecimento teórico adquirido em pesquisa e a aplicação dos resultados na prática clínica. Acredita-se que essa associação de atividades tenha um significado de sobrecarga, o que denota uma fonte de estresse.

Outro aspecto importante abordado refere-se ao ambiente da unidade clínica. Ângelo[30] em seu estudo, salienta que o campo de estágio é um laboratório de aprendizagem, é o ambiente onde as interações acontecem e influenciam a visão da realidade vivida pelos estudantes.

O aluno, ao iniciar suas atividades com o paciente, vivencia emoções diferentes que se misturam, como insegurança, medo, tristeza, impotência e amor. A cada disciplina, novas técnicas e conhecimentos são introduzidos e nesse ambiente tudo se torna diferente e ameaçador.[3]

A preocupação com as novas situações, próprias do campo de estágio, gera no aluno sentimentos de conflito, sofrimento e dificuldade para enfrentá-la.[3] Os alunos vivenciam sentimentos conflitantes; ao mesmo tempo, em que se referem à sobrecarga do conteúdo programático oferecido, sentem-se sem preparo para o desempenho das atividades que poderão surgir durante o período de estágio curricular. Apesar dos alunos não apontarem as situações de dificuldades, percebe-se que o despreparo citado está mais presente na esfera emocional do que na instrumental.

Os estudantes desta pesquisa citaram o relacionamento interpessoal, destacando que a comunicação é um fator importante de estresse. Essa dificuldade pode ser entendida como uma habilidade ainda não desenvolvida por esses indivíduos. O vocabulário restrito, comum entre os jovens, pode ser um motivo de entrave nesse processo de interação do indivíduo com as pessoas do meio que o cerca.

Braga[32] afirma que a comunicação é uma habilidade que deve ser desenvolvida por meio do conhecimento. O indivíduo deve adquirir e aprofundar os conceitos de uma comunicação adequada e eficaz para que possa ser realmente terapêutico no exercício do cuidar. Para que haja uma comunicação eficaz, os indivíduos envolvidos devem estar preocupados com a compreensão do outro para que as idéias sejam compartilhadas. Para a autora, a comunicação só é competente quando é um processo interpessoal.

Ao analisar os eventos estressantes em estudantes de enfermagem no início da experiência clínica, Mahat[33] classificou as respostas em quatro categorias: o relacionamento interpessoal, as experiências iniciais na prática clínica, o sentimento de desamparo e o sentimento de menor valia. A categoria relacionamento interpessoal foi a de maior freqüência, sendo os fatores mais citados a relação professor-aluno e a relação com a equipe de enfermagem.

Em razão da sobrecarga de atividades e do necessário cumprimento de tarefas, o aluno afasta-se do seu convívio familiar e social, o que o leva ao isolamento. Realizar atividades voltadas mais especificamente para sua área de atuação acadêmica impede que esse aluno desfrute outros aspectos da vida importantes nessa fase de formação humana.

Em estudo sobre a saúde mental dos profissionais de saúde, Nogueira-Martins[18] refere que o estresse atinge seu maior grau na fase de Residência Médica. O período de transição aluno-médico, a responsabilidade profissional, o isolamento social, a fadiga, a privação do sono, a sobrecarga de trabalho, o pavor em cometer erros e outros fatores inerentes ao treinamento estão associados a diversos distúrbios psicológicos, psicopatológicos e comportamentais.

CONCLUSÃO

Após o levantamento dos fatores de estresse mais relatados, considera-se que a qualidade de vida dos estudantes, em geral, e com os estudantes de enfermagem em particular, deve ser uma preocupação presente daqueles que trabalham com a formação profissional desses indivíduos. Determinar os fatores de estresse pressupõe recursos para prevenir os malefícios provocados por essas emoções. Desenvolver métodos de orientação e treinamento para prevenir disfunções e distúrbios emocionais deve ser uma meta centrada nos cursos de graduação.

O desenvolvimento de métodos de atuação, como grupos de discussão e treinamento para seu enfrentamento, favorece a troca de experiências e permite o compartilhamento das situações difíceis que se apresentam nas diversas etapas da formação profissional do enfermeiro.[34, 35]

REFERÊNCIAS

1. Rosch PJ. Prefácio. In: Lipp MEN, Organizador. Pesquisa sobre estresse no Brasil. Campinas: Papirus; 1996. p.13-6.
2. Moore FD. Homeostase: alterações corporais no traumatismo e cirurgia. In: Sebastian DC. Tratado de cirurgia. Rio de Janeiro: Interamericana; 1959.
3. Selye H. Stress a tensão da vida. 2ª ed. São Paulo: IBRASA; 1959.
4. Valdés M, Flores T. Psicologia del estrés: conceptos y estratégias de investigación. Barcelona: Martínez Roca; 1986.
5. Vasconcellos EG. O modelo psiconeuroendocrinológico de stress. In: Seger L. Psicologia e psicossomática analítica. São Paulo: Santos; 1992. Cap.2, p.25-47.
6. Lipp MEN. Pesquisas sobre stress no Brasil: saúde, ocupações e grupos de risco. Campinas: Papirus; 1996.
7 Bianchi ERF. Estresse em enfermagem: análise da atuação do enfermeiro de centro cirúrgico [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 1990.

Reme.indd 418 12/06/2008 09:38:10

8. Bianchi ERF. Stress entre enfermeiros [livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 1999.
9. Chaves EC. Stress e trabalho do enfermeiro: a influência de características individuais no ajustamento e tolerância ao turno noturno [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 1994.
10. Ferraz AEP. Modos de enfrentar problemas e sua relação com o componente emocional e controle metabólico das pessoas portadoras de diabetes mellitus [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto USP; 1995.
11. Ferreira FG. Desvendando o stress da equipe de enfermagem em terapia intensiva [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 1998.
12. Peniche ACG. A influência da ansiedade na resposta do paciente no período pós-operatório imediato [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 1998.
13. Galdino JMS. Ansiedade, depressão e coping em idosos. [dissertação] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2000.
14. Costa ALS. Análise do stress nas situações de vida diária e do pré-operatório imediato em pacientes cirúrgicos urológicos [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 1997.
15. Costa ALS. Processos de enfrentamento do estresse e sintomas depressivos em pacientes portadores de retocolite ulcerativa idiopática [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2003.
16. Farah OGD. Stress e coping no estudante de graduação em enfermagem: investigação e atuação [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2001.
17. Admi H. Nursing student´s stress during the initial clinical experience. J Nurs Educat. 1997; 36(7): 323-7.
18. Nogueira-Martins LA. Saúde mental dos profissionais de saúde. In: Botega NJ, Organizador. Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência. Porto Alegre: Artmed; 2002. p.130-44.
19 Jones MC, Johnston DW. The derivation of a brief student nurse stress index. Work and Stress 1999; 13(2): 162-81.
20. Pagana KD. Psychometric evaluation of the clinical stress questionnaire. J Nursing Educ. 1989; 28(4): 169-74.
21. Pasquali L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. Rev Psiquitr Clín. 1998; (Edição Especial): 206-13.
22 Salvador AD. Métodos e técnicas de pesquisa bibliográfica. Porto Alegre: Sulina Editora; 1973.
23. Pereira JCR. Análise de dados qualitativos. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2004.
24. Carandina DM. Qualidade de vida no trabalho: construção e validação de um instrumento de medida para enfermeiros [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2003.
25. Jorge MSB Situações vivenciadas pelos alunos de enfermagem, durante o curso, no contexto universitário, apontadas como norteadores de crises. Rev Esc Enferm USP 1996; 30(1): 138-48.
26. Bordenave JD, Pereira AM. Estratégias do ensino-aprendizagem. Petrópolis (RJ): Vozes; 1986.
27. Valsecchi EASS, Nogueira MS. Comunicação professor aluno: aspectos relacionados ao estágio supervisionado. In: Mendes IAC, Carvalho EC. Comunicação como meio de promover a saúde. Ribeirão Preto: Scala; 2000. p. 99-103.
28. Hamil C. The phenomenon of stress as perceived by prohect 2000 student nurse: a case study. J Adv Nurs. 1995; 21: 528-36.
29. Lindop E. A comparative study of stress between pré and post Project 2000 students. Journal J Adv Nurs. 1999; 29(4):967-73.
30. Ângelo M. "Vivendo uma prova de fogo": as experiências iniciais da aluna de enfermagem [tese]. São Paulo: Instituto de Psicologia da USP; 1989.
31. Ohl RIB. Ser despreparado X ser profissional: a ambigüidade entre o perceber e o agir do professor de fundamentos de enfermagem frente as experiências do aluno de graduação no hospital [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem USP; 1995.
32. Braga EM. Competência em comunicação: uma ponte entre aprendizado e ensino na Enfermagem [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2004.
33. Mahat G. Stress and coping: first year Nepalese nursing students in clinical setting. J Nurs Educ. 1996; 35(4): 163-69.
34. Heaman D. The Quieting Response (QR): a modality for reduction of psychophysiologic stress in nursing students 1995; 34(1): 5-10.
35. Johansson N. Effectiveness of a stress management program in reducing anxiety and depression in nursing students 1991; 40: 125-9.

Data de submissão: 25/10/2006
Data de aprovação: 1º/4/2008

Reme.indd 419 12/06/2008 09:38:10

ESTUDO SOBRE A IDENTIDADE DO ENFERMEIRO EM UMA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR COOPERATIVISTA*

STUDY ABOUT THE NURSE'S IDENTITY IN A COOPERATIVE MEDICAL HOSPITAL

ESTUDIO SOBRE LA IDENTIDAD DEL ENFERMERO EN UNA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA COOPERATIVISTA

Daniele Cristina Zuza[1]
Mauro Antonio Pires Dias da Silva[2]

RESUMO

A experiência de trabalho como enfermeira em um contexto hospitalar médico-cooperativista e as dificuldades do cotidiano estimularam a elaboração deste estudo. Desenvolvemos uma pesquisa qualitativa, tendo como objetivo analisar as percepções dos enfermeiros diante do trabalho em um hospital cooperativista e evidenciar seus limites e suas possibilidades diante das exigências dessas instituições. Foram entrevistados oito enfermeiros que atenderam aos critérios de exclusão propostos com a finalidade de evitar experiências influenciáveis de outras instituições. Nessa análise, evidenciamos que os enfermeiros possuem dificuldade em definir suas competências e têm pouca autonomia em suas ações. Com medo de errar, tornam-se cautelosos e sem iniciativa, aguardando ordens institucionais.

Palavras-chave: Enfermagem; Hospitais Privados; Enfermeiros; Enfermeiras; Pesquisa Qualitativa; Papel do Profissional de Enfermagem.

ABSTRACT

The experience of working as a nurse in a cooperative medical hospital and the daily difficulties brought about this state. We carried out qualitative research with the objective of analyzing the perception of nurses of work in a cooperative hospital, showing the limits and possibilities given the demands of these institutions. Eight nurses chosen according to criteria of exclusion, so as to avoid experiences influenced by other institutions were interviewed. Through this analysis we found that the nurses have a difficulty in defining their competencies and have little autonomy. With fear of making mistakes, they are over careful and lack initiative, awaiting institutional orders.

Key words: Nursing; Hospitals, Private; Nurses; Nurses, Male; Qualitative Research; Nurse's Role.

RESUMEN

La experiencia de trabajo como enfermera dentro de un contexto hospitalario médico cooperativista y las dificultades del cotidiano estimularon la elaboración del presente estudio. Efectuamos una investigación cualitativa con el objetivo de analizar cómo se sienten los enfermeros que trabajan en un hospital cooperativista, cuáles son sus límites y posibilidades frente a las exigencias de estas instituciones. Se entrevistaron a ocho enfermeros que atendieron a los criterios de exclusión propuestos para evitar la influencia de experiencias anteriores. Dentro de este análisis observamos que los enfermeros tienen problemas para definir sus competencias y poca libertad en sus acciones. Por temor a equivocarse, se vuelven cautelosos y tienen poca iniciativa, siempre a la espera de órdenes de la institución.

Palabras clave: Enfermería; Hospitales Privados; Enfermeros, Enfermeras; Investigación Cualitaiva; Rol de la Enfermera.

* Este artigo foi elaborado com base na dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP – Departamento de Enfermagem. Área de Concentração Enfermagem e Trabalho.

[1] Enfermeira. Especialista em Gerenciamento em Enfermagem. Mestre em Enfermagem pela UNICAMP. São Paulo, Brasil.
[2] Enfermeiro. Doutor. Docente do curso de graduação em Enfermagem da UNICAMP. São Paulo, Brasil.
Endereço para correspondência: Rua Antônio Joaquim Fagundes, 80, Centro. Iracemápolis-SP, Brasil – CEP 13.495-000.
E-mail: danielezuza@uol.com.br

Reme.indd 420 12/06/2008 09:38:10

INTRODUÇÃO

O interesse pelo estudo sobre a identidade do enfermeiro no contexto das instituições hospitalares surgiu de inquietações e dúvidas sobre o processo de trabalho da enfermagem.

Como recém-formada, possuía dificuldade para identificar o trabalho do enfermeiro gerente e assistencial. Mais tarde, trabalhando em uma instituição hospitalar cooperativista com gerenciamento de hospital privado, atendendo às exigências institucionais, executava ações de caráter administrativo não especificas da enfermagem e distantes das atividades relacionadas ao gerenciamento da assistência.

Esse conflito de identidade freqüente entre os enfermeiros e discutido por vários autores parece não ter chegado a uma resolução. Alguns autores atribuem esse conflito à polarização da identidade profissional, entre a essência – o cuidar e o cuidado realizado na prática. Outros entendem que essa crise deve-se ao trabalho de o enfermeiro atender aos objetivos da organização, quando nas escolas os enfermeiros são preparados para o cuidado individual ao paciente. Buscando subsídios em autores da antropologia e da psicologia social para compreender aspectos da identidade, percebemos que esta pode ser mutável, pessoal, social e interativa com o meio onde o indivíduo está inserido.

Na identidade profissional do enfermeiro percebemos influências sociais e políticas desde a estruturação da profissão. A análise histórica da enfermagem permite compreender o que pensam, o que sentem, como agem e ainda quais as perspectivas do que serão os enfermeiros em sua caminhada como grupo social contextualizado e a sua identidade.

Antes da colonização do Brasil, os cuidados aos doentes decorriam do pensamento místico. Com a colonização e a mudança no quadro nosológico do Brasil, a assistência à saúde passou a ser realizada pelos jesuítas. Os religiosos trabalhavam como enfermeiros e os trabalhadores escravos auxiliavam na prestação dos cuidados. Nesse período, as Santas Casas de Misericórdia também se destinavam às obras de caridade, e aqueles que executavam essas obras pretendiam purificar a alma para aproximar-se de Deus. Essa assistência caritativa prestada nas enfermarias jesuíticas e nas Santas Casas constituía, aliada à prática leiga dos homens de ofício, todo o arcabouço assistencial do Brasil colonial, passando pelo Império e pelo início da República, chegando ao século XX .

A evolução histórica do cuidado de enfermagem desde a colonização permitiu um avanço, no século XX, de substituição do modelo religioso da enfermagem pelo cuidado e controle do ambiente do paciente, além de uma rígida disciplina na enfermagem, com a finalidade de normalizar e regulamentar a vida no hospital. Avaliando o surgimento efetivo da enfermagem profissional no Brasil, é possível considerar a marca de muitos paradoxos. Inicialmente, buscando atingir problemas imediatos de saúde pública de país pobre com modelo de escolarização de país rico e, mais adiante, respondendo a interesses governamentais e resolvendo problemas de saúde pública.

As características do modelo da Escola Nightingaleana influenciam a enfermagem brasileira, reforçando conceitos de religiosidade, ética e rígidas normas de conduta. Outra característica importante da Escola Nightingaleana foi a divisão das atividades em categorias profissionais: as *lady nurses* e as *nurses*. As *lady nurses* eram provenientes de famílias mais abastadas, que lhes custeavam os estudos e se destinavam a tarefas de supervisão; as *nurses*, de nível socioeconômico inferior, recebiam o ensino gratuito e eram preparadas para o cuidado direto com o paciente .

De todos esses processos de organização do trabalho de enfermagem, percebemos, mediante análise histórica, que a formação e a prática da enfermagem no Brasil sofreram influências de fatores socioeconômicos e do desenvolvimento do sistema de saúde, cabendo aos profissionais de saúde constantes adaptações.

Atualmente, aos profissionais compete o desafio de exercer uma assistência que ofereça dignidade às pessoas por meio de práticas humanas eficazes para todas as necessidades da população. Dentre as competências exigidas para o profissional no presente estão os rigores, a coerência e o grande empenho nos desafios do cotidiano. Entretanto, nem sempre a prática corresponde à teoria e vice-versa, gerando no enfermeiro muita insatisfação e conflitos relacionados à sua identidade e competências.

Para desvelar a existência desses conflitos de identidade, optamos por estudar as percepções dos enfermeiros sobre o trabalho em um hospital cooperativista e analisar os limites e possibilidades do enfermeiro diante das exigências institucionais.

Os hospitais cooperativistas desenvolveram-se de acordo com o sistema privado de saúde. Esse sistema de saúde operacionaliza-se mediante quatro formas distintas de gestão: a medicina de grupo, as cooperativas de serviço médico, o seguro-saúde e os planos de autogestão. Cada uma dessas modalidades apresenta racionalidades de estruturação, clientelas e diversas formas de financiamento. As cooperativas médicas são constituídas para prestar serviços a seus associados, com vista ao interesse comum e sem o objetivo de lucro. Podem ser formadas por, no mínimo, 20 participantes, denominados cooperados que, ao ingressarem, integralizam um capital em quotas. Apesar de a estrutura cooperativista não visar ao lucro, o hospital em estudo é uma empresa que não pode funcionar em déficits. Essa realidade torna-se instigante porque mescla a ideologia cooperativista com as características de uma empresa privada. Dessa forma, os níveis hierárquicos são definidos por meio de uma linha vertical de comando.

Essas características reforçaram o interesse em desvelar a identidade do enfermeiro, suas facilidades e limites para exercer as atividades do cotidiano.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo com abordagem fundamentada no método dialético. O uso dessa abordagem contribui com os estudos sobre a identidade do profissional enfermeiro, porque a enfermagem consiste em uma prática fundamentada em determinantes que envolvem a história, da Antigüidade à Idade Moderna e a sociedade, mediante relações de poder e da divisão social do trabalho.

Desenvolvemos um campo fértil para pesquisa utilizando a lei básica da dialética – da luta de contrários

Reme.indd 421 12/06/2008 09:38:10

como referência de análise –, pois para os enfermeiros as contradições internas são vivenciadas durante o processo de formação e continuam no desenvolvimento de suas práticas na vida profissional

O estudo foi realizado em um hospital cooperativista, após o consentimento da diretoria administrativa do hospital. Seguindo as recomendações da Resolução nº 196/96 de pesquisas com seres humanos, de um contingente de 23 enfermeiros,[8] participaram das entrevistas, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Participaram do estudo enfermeiros contratados pela instituição há mais de um ano e com somente este vínculo empregatício. Utilizamos entrevistas semi-estruturadas com gravação em fita magnética, mediante prévia aquiescência dos depoentes, visando à garantia do anonimato e à fidedignidade do que havia sido dito durante as entrevistas.

A análise e a organização dos dados ocorreram por meio de unidades temáticas e estruturas relevantes. As unidades temáticas originaram-se das questões do roteiro da entrevista semi-estruturada. O estudo dos depoimentos permitiu agrupar várias qualificações originárias dos discursos dos enfermeiros, às quais atribuímos o nome de estruturas relevantes. Para efeito de apresentação os recortes dos depoimentos dos sujeitos da pesquisa seguiram a seqüência de E1 a E8.

ANÁLISE DOS RELATOS

Na busca de compreender a identidade do enfermeiro no local de estudo proposto e considerando que a identidade é um processo dinâmico e cultural, em razão de influências do meio social, sugerimos, na unidade temática "Concepções sobre o ser enfermeiro", três estruturas relevantes que evidenciam a constituição do processo de trabalho da enfermagem como categoria e especificamente dos sujeitos da pesquisa, tendo como determinantes as crenças e os valores sobre o que é enfermagem e sua relação com aspectos de formação e prática profissional.

Várias discussões apontam qual seria o foco central da profissão e vários posicionamentos sugerem o cuidar como essência. Na estrutura relevante Cuidar *vs.* Gerenciar, vários depoimentos apontam variações de funções para o enfermeiro entre o cuidar e a prática administrativa. Verificamos que o cuidar em alguns depoimentos relaciona-se com o fazer e, em outros, é suprimido pelas práticas administrativas, entendidas como burocráticas ou de gerenciamento.

> *Ser enfermeiro é o cuidar, mas é um cuidar muito mais amplo do que a gente faz quando a gente acabou de sair da faculdade [...] Tem o nosso lado administrativo, que a gente tem que saber cuidar de RH, tem que saber fazer papelada, tem todo esquema de escalas, coisas bem administrativas mesmo, como administrar o seu funcionário [...] Acaba sendo esses dois lados, o administrativo e o cuidado assistencial.* (E1)

> *Abrange funções administrativas e assistenciais. É bastante complexo definir, mas como característica é o cuidar, mas não tem só o cuidar isolado. Envolve aspectos administrativos, liderança, coordenação, gerenciamento desses processos. (E7)*

Consideramos que essas variações de papéis assumidos geram dúvidas e conflitos para a categoria de profissionais de enfermagem. Nessa amplitude, as escolas de graduação assumem papel fundamental. A ênfase aplicada à técnica, muitas vezes, sobrepõe-se ao cuidado ser/estar, caracterizando uma assistência de enfermagem mecânica e pouco valorizada, executada como ritual.

Em estudo anterior sobre as representações sociais da enfermagem, encontramos considerações sobre o enfoque dos cursos de graduação ao cuidado direto ao paciente como base para o ensino do enfermeiro por meio das técnicas de enfermagem. Esses enfoques acadêmicos direcionados para as atividades de cuidar contrapõem-se aos serviços de enfermagem inseridos nas complexas organizações hospitalares. Os enfermeiros ora deparam com atividades administrativas a serem desenvolvidas, ora com exigências das atividades de cuidado.

Diante das variações apresentadas nos relatos dos entrevistados entre o cuidar e as tarefas administrativas, surge a necessidade de compreender o significado dessa administração e sua relação com a assistência de enfermagem. Para os enfermeiros, sujeitos da pesquisa, os aspectos administrativos estão relacionados às necessidades burocráticas de preenchimento de papéis, elaboração de escalas, checagem de folgas e férias. Essas atividades recebem mais atenção do que o gerenciamento do cuidado.

O enfermeiro deve fazer uso de sua competência profissional para determinar e planejar suas atividades. Sua função administrativa deverá focar a assistência ao paciente, compreendendo-o como pessoa e fazendo com que ações sejam implementadas para esse foco.

A dificuldade presente nos relatos dos sujeitos da pesquisa em definir competências atrela-se à ausência de autonomia citada por muitos entrevistados quando questionados sobre suas ações. Reconhecemos, também, características decorrentes das condições de trabalho estabelecidas pela instituição, como hierarquia e comando direcionando algumas atitudes dos enfermeiros.

> *[...] o grupo de maneira geral sabe tomar decisões e liderar. As ações às vezes são limitadas, porque por mais que falem que aqui a gente tem autonomia, a gente fica com o pé atrás para tomar algumas decisões. Parece que a gente fica amarrada com algumas coisas, por ser cooperativa, a parte administrativa é hierarquizada [...].* (E3)

> *[...] nos hospitais de cooperativas existem donos e eles querem retorno. Digamos que eles querem qualidade, se você e membro da equipe e não esta dando lucro ou produção e claro que você vai ser retirado.* (E7)

> *Os enfermeiros devem seguir a filosofia da empresa. A gente consegue atuar até um certo limite, mas tem coisas que não dependem da gente [...].* (E8)

Nesses relatos, percebemos que, embora o enfermeiro possua condições de definir metas, objetivos e outros

Reme.indd 422 12/06/2008 09:38:11

aspectos relacionados à assistência de enfermagem, fatores que conferem autonomia no direcionamento da assistência, algumas decisões ou posturas devem responder aos interesses administrativo-institucionais. Em estudo realizado sobre poder e gerenciamento na enfermagem, evidenciamos que os enfermeiros submetidos ao modelo clássico de administração permanecem numa posição de subalternidade, acatando as imposições e sujeitando-se à rigidez hierárquica, o que lhes retira grande parte do exercício de sua autonomia, criatividade e capacidade de inovar.

Apesar dessa limitação aplicada aos enfermeiros pela instituição, acreditamos que o não-reconhecimento por parte dos enfermeiros de suas competências para o gerenciamento do cuidar também intensifica esse ciclo de submissão.

No fazer do enfermeiro e das demais categorias de enfermagem, existem inúmeras possibilidades de organização do trabalho. O trabalho em si desses profissionais permite vários espaços de criação, seja na seqüência das tarefas a serem executadas, seja na iniciativa de realizá-las ou não. Concordamos que cabe ao enfermeiro propor formas de organização do trabalho que tenham impacto na qualidade da assistência.

A estrutura organizacional pode reprimir, mas, agindo dessa maneira, o profissional enfermeiro estará valorizando suas ações e compreendendo que, apesar de tudo, possui autonomia para posicionar-se de maneira segura nas tomadas de decisões, conforme o relato a seguir:

> *Particularmente, eu acho que as ações do enfermeiro neste hospital são muito boas... No começo tudo é difícil, depois que o enfermeiro adquire experiência e segurança, eu acho que o enfermeiro adquire mais liberdade. Eu percebi isso em mim mesma. Segurança até demonstrada para a administração, quando estão seguros que o enfermeiro trabalha bem e demonstra um serviço bom, então a partir daí, a gente começa a ter autonomia no setor.* (E2)

Assim, a enfermagem possui muitas maneiras de valorizar suas condutas, reconhecendo-se como categoria importante na estrutura hospitalar. A primeira forma de valorização de condutas implica a condução da assistência ao paciente com evidências de resultados das ações desenvolvidas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A vivência como trabalhadora de enfermagem no contexto de instituições hospitalares e as dúvidas e dificuldades próprias de uma enfermeira em busca de sua identidade profissional desencadearam este estudo. As inquietações residiam em saber como os outros enfermeiros, colegas de trabalho nas instituições, percebiam o desempenho de suas funções e quais modificações pessoais e profissionais eram desenvolvidas para atender ás exigências hospitalares. Todas essas dúvidas relacionam-se à busca pela compreensão da identidade profissional dos enfermeiros, sujeitos da pesquisa, analisada por meio dos relatos.

As análises dos recortes dos depoimentos permitiram considerar que as adaptações de identidade ocorrem de acordo com a estrutura do hospital. No local de estudo, os enfermeiros procuram atender às expectativas de uma instituição líder no mercado de saúde suplementar e em constante crescimento. Essa procura por satisfazer as exigências institucionais motivam alguns e alienam outros enfermeiros, gerando redundâncias, principalmente nas concepções sobre o "ser enfermeiro" e nas suas ações. Consideramos que se a opção pelo gerenciamento da assistência de enfermagem fosse assumida, os enfermeiros poderiam apresentar maior consistência na definição sobre ser enfermeiro sem dúvidas sobre sua autonomia.

O enfermeiro pode escolher qual caminho seguir, ficar lamentando e pensando de forma negativa ou construir uma identidade transformadora. A construção da identidade transformadora pode ocorrer por meio de um processo de tomada de decisão. A tomada de decisão sugere um agir, e não apenas a obediência às regras. Essa forma de atuar é sutil, mas marca e define o trabalho do enfermeiro de maneira eficiente próximo à equipe, instituição e pacientes. Temos consciência de que esse processo depende de o enfermeiro querer assumir suas competências profissionais de maneira consciente e livre de paradigmas.

As inquietações que deram origem a este estudo, num hospital cooperativista, podem ser freqüentes para muitos enfermeiros que buscam sua identidade profissional e acreditam que os grandes causadores dessa crise são as empresas contratantes, o meio onde estamos trabalhando ou a história de abnegação, submissão e altruísmo da enfermagem.

A revisão de literatura mostrou que essas influências são reais, mas a vontade profissional pode superá-las, estabelecendo as diferenças nas relações e na organização do trabalho. A resposta para essa crise de identidade, muito discutida entre os enfermeiros, está em cada profissional: os enfermeiros podem buscar a ciência com qualidade, lutando para elevar o nível educacional, defendendo projetos favoráveis aos interesses da categoria profissional. Cada um de nós é responsável por aquilo que cativa.

Na verdade, a busca da identidade se faz na contradição entre a construção da identidade sob a perspectiva individual e a influência que esse avanço individual vai provocar na identidade da enfermagem em geral, que seria a construção coletiva. Por outro lado, a identidade coletiva influi na construção da identidade individual – essa é a contradição interna e externa do fenômeno chamado enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. Netto LFSA, Ramos FRS. Para compreender a identidade do enfermeiro: situando o objeto na produção científica da enfermagem. Rev Bras Enferm. 2002 set./out.; 55 (5): 580-5.
2. Trevisan MA. A função administrativa do enfermeiro no contexto da burocratização hospitalar. Rev Bras Enferm 1987 out./dez.; 40 (4): 204-8.
3. Erikson EH. Identidade, juventude e crise. Rio de Janeiro: Zahar, 1972.
4. Ciampa AC. A Estória do Severino e a história da Severina. Um ensaio de Psicologia Social. São Paulo: Brasiliense, 1987.
5. Violante MLV. A construção teórica do objeto de pesquisa: a conceituação de identidade. In: teoria e pesquisa / Diversos autores. São Paulo: EDUC, 1985 (Série Cadernos PUC):20.
6. Berger P. A construção social da realidade: tratado de sociologia do conhecimento. Petrópolis: Vozes; 1973. p.173-236.

Reme.indd 423 12/06/2008 09:38:11

7. Borenstein MS. Porque conhecer a história da enfermagem? Texto Contexto Enferm. 1995; 4: 14-8.
8. Pires D. Hegemonia médica na saúde e a enfermagem – Brasil 1500 a 1930. São Paulo: Cortez; 1989. 156p.
9. Silva GB. A enfermagem profissional: análise crítica. São Paulo: Cortez; 1986. 143p.
10. Almeida MCP, Rocha JSY. O saber da enfermagem e sua dimensão prática. São Paulo: Cortez; 1986. 128p.
11. Brasil. Conselho Nacional de Educaçao. Camara de Educaçao Superior. Resolução CNE/CES número 3, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. [Citado em 04 nov. 2005]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/ 030/ enfermagem.pdf.
12. Duarte CMR. UNIMED: história e características da cooperativa de trabalho médico do Brasil. Cad Saúde Coletiva. 2001 jul./ago.; 17 (4): 999-1008.
13. Silva MAPD, Silva EM. Materialismo Histórico Dialético: contradições para a pesquisa em enfermagem In: Barros NF, Organizador. Pesquisa qualitativa em saúde: múltiplos olhares. Campinas: Unicamp; 2005. p.109-18.
14. Silva MAPD. As representações sociais e as dimensões éticas. Taubaté: Cabral Editora Universitária; 1998. 189p.
15. Dei Salvi JS, Lunardi Filho WD. Poder e gerenciamento na enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2000 ago./dez.; 9 (3): 22-41.
16. Lunardi Filho WD, Leopardi VL, Spricigo J. O trabalho da enfermagem e a produção da subjetividade de seus trabalhadores. Rev Latino-Am Enferm. 2001 abr.; 9 (2): 91-6.
17. Pires D. Novas formas de organização do trabalho da enfermagem. Rev Baiana Enferm. 2000; 13: 83-92.

Data de submissão: 30/5/2007
Data de aprovação: 1º/4/2008

Reme.indd 424 12/06/2008 09:38:11

SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS PELOS ENFERMEIROS ÀS AÇÕES NAS OCORRÊNCIAS ÉTICAS NO BLOCO OPERATÓRIO

MEANINGS ASSIGNED BY NURSES TO ETHICAL EVENTS IN THE OPERATING THEATER

SIGNIFICADOS ATRIBUIDOS POR LOS ENFERMEROS A LAS ACCIONES ANTE ACONTECIMIENTOS ÉTICOS EN EL BLOQUE OPERATORIO*

Marcos Antonio da Silva[1]
Genival Fernandes de Freitas[2]

RESUMO

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa sobre as ações dos enfermeiros atuantes no Bloco Operatório (centro cirúrgico, recuperação pós-anestésica e central de material e esterilização) diante das ocorrências éticas com o pessoal de enfermagem atuante nesse setor. Os sujeitos participantes da pesquisa são quatro enfermeiras que atuam há mais de cinco anos no Bloco Operatório de um hospital privado de grande porte do município de São Paulo. Os objetivos do estudo foram conhecer e compreender, com base nas vivências cotidianas das enfermeiras que atuam nesse setor, os significados que atribuem às suas ações diante das ocorrências éticas com o pessoal de enfermagem. Foi utilizado o referencial teórico e filosófico da Fenomenologia Sociológica, de Alfred Schütz, por possibilitar o desvelamento das significações do fenômeno vivido pelos sujeitos que vivenciam o fenômeno das ocorrências éticas. Para desvelar o fenômeno em estudo, foram dirigidas as seguintes questões norteadoras aos sujeitos da pesquisa: Como você atua diante das ocorrências éticas de enfermagem na sua área de atuação? O que leva você a atuar em face das ocorrências éticas? O que você espera com essa atuação? As entrevistas foram gravadas, posteriormente ao consentimento livre e esclarecido assinado pelos sujeitos e transcritas na íntegra. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Os resultados mostraram que os *motivos para* que orientam as ações das enfermeiras dizem respeito à preocupação em oferecer uma assistência de enfermagem isenta de riscos e prevenir novas ocorrências. O *motivo por que* justifica suas ações está sustentado pelas crenças e valores pessoais e familiares.
Palavras-chave: Ética; Enfermagem; Enfermagem de Centro Cirúrgico; Pesquisa Qualitativa.

ABSTRACT

This is a study with a qualitative approach on the actions of nurses in a surgical center (operating theater, pos-anesthetic recovery and materials and sterilization center), in the face of ethical events with nursing personnel in this sector. The subjects of the study were knowledge and understanding, based on the day-to-day experience of the nurses in this sector, the meanings they assigned to these actions. Alfred Schütz's Sociological phenomenology was used as the theoretical and philosophical framework, since it made it possible to understand the meanings of the phenomenon experienced by the subjects. The following guiding questions were directed at the subjects: How do you react given the nursing ethical events in your sphere of work? What guides you in the face of ethical events? What do you hope to achieve with your actions? The interviews were recorded, with the free and informed consent signed by the subjects and fully written out. The project was approved by the Ethics Research Committee of the School of Nursing of the University of São Paulo. The results *showed* that the motivation that guides the actions of nurses involve a concern to give nursing care free from risks and prevent new occurrences. *The motive* justifying their actions is supported by their personal and family beliefs and values.
Key words: Ethics; Nursing; Operating Room Nursing; Qualitative Research.

RESUMEN

Se trata de um estudio cualitativo sobre las acciones de enfermeros que trabajan en el bloque operatorio (quirófano, recuperación pos-anestésica y central de material y esterilización) ante acontecimientos éticos con personal de enfermería que trabaja en dicho sector. Los sujetos participantes eran cuatro enfermeras que trabajaban desde hace más de cinco años en el bloque operatorio de un gran hospital privado de la ciudad de San Pablo. Los objetivos del estudio fueron conocer y comprender, a partir de la experiencia cotidiana de las enfermeras, los significados que atribuyen a sus acciones frente a acontecimientos éticos con el personal de enfermería. Se utilizó el referente teórico y filosófico de la Fenomenología Sociológica, de Alfred Schütz, que permite desvendar el significado del fenómeno vivido por los sujetos de tales acontecimientos éticos. Para desvendar lo planteado en este estudio, les hicimos las siguientes preguntas a los sujetos de la investigación: ¿Cómo actúa ante un acontecimiento ético de enfermería en su área de actuaccón? ¿Qué la llevó a actuar ante el acontecimiento ético? ¿Qué espera con esta actitud? Con el consentimiento declarado de las participantes se grabaron y transcribieron todas las entrevistas. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad de San Pablo. Los resultados muestran que los *motivos que* orientan las acciones de las enfermeras son la inquietud por ofrecer asistencia de enfermería exenta de riesgos y prevenir nuevos acontecimientos. El *motivo por el que* justifican sus acciones se sostiene en creencias y valores personales y familiares.
Palabras clave: Ética; Enfermería; Enfermería en Sala Quirúrgica. Investigación Cualitativa.

[1] Enfermeiro. Graduado pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, Brasil.
[2] Enfermeiro e Advogado. Professor Doutor do Departamento de Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, Brasil.
Endereço para correspondência: Av. Prof. Mello Moraes, 1235. Bloco E, apto 210, Butantã, São Paulo-SP, Brasil – CEP: 05508-030.
E-mail: marcoantonio@usp.br.

Reme.indd 425 12/06/2008 09:38:11

INTRODUÇÃO

O Bloco Operatório é a área formada pelo centro cirúrgico, recuperação anestésica e central de material e esterilização. Constitui um conjunto de alta complexidade técnica e gerencial, dada a finalidade a que se destina, a gama de procedimentos anestésicos e cirúrgicos realizados, o que requer competência teórica e prática por parte dos profissionais de enfermagem envolvidos na assistência nessas áreas.

A equipe de enfermagem atua como organizadora dos processos cirúrgicos e assistenciais, de modo a otimizar resultados, com eficácia e eficiência no uso de recursos diversos disponíveis. Cabe aos enfermeiros, acostumados a cumprir e fazer cumprir normas e rotinas visando sempre ao bom andamento do processo de trabalho, a função de líderes ou gestores desse processo.[1]

No entanto, no cotidiano das instituições de saúde, situações ou eventos não previstos ou não planejados podem ocorrer durante a assistência ao paciente.

É possível a existência de ocorrências no exercício da enfermagem no Bloco Operatório, tais como: queda do paciente da maca ou mesa cirúrgica; queimaduras por placa de bisturi elétrico; realização de exames ou cirurgias desnecessárias ou proibidas por lei ou pela moral, ou ainda sem o consentimento do cliente, ou com consentimento obtido mediante informação incompleta; infecções pós-operatórias por contaminação de campo, do instrumental ou material por causas acidentais ou por falta de técnica/cuidados ao lidar com material esterilizado; registros de dados incompletos ou inverídicos, seja em relação ao material efetivamente consumido, seja quanto ao horário de início e fim da cirurgia ou ao nome do cirurgião e respectivos assistentes no prontuário do paciente e em outros formulários que devem ser encaminhados para a contabilidade, tesouraria, auditoria ou estatística; dentre outros.[2]

Esses acontecimentos podem trazer efeitos prejudiciais ao paciente, ao colega das equipes de enfermagem e multiprofissional e à instituição de saúde, além de serem eventos que contrariam as diretrizes do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE).[3] Logo, são denominados de ocorrências éticas, sendo definidas como "situações que se referem às atitudes inadequadas frente ao colega de trabalho ou subordinado, englobando as falhas ou erros que podem causar prejuízos ou danos ao paciente/cliente, à equipe de trabalho e/ou à instituição".[4]

As ocorrências éticas de enfermagem não se limitam aos erros técnicos ou falhas na realização de procedimentos, tais como erros na diluição da medicação, administração de dose ou de medicamento não prescrito, erro de via, etc. Há, também, situações que envolvem falhas de conduta ou de relacionamento entre os profissionais de enfermagem e da saúde. Existem até mesmo dificuldades na relação profissional e cliente, muitas vezes caracterizadas por não-respeito à autonomia da vontade e desrespeito à privacidade do cliente por parte dos profissionais de saúde.

O enfermeiro está sujeito a implicações de processos éticos e judiciais em razão da assistência de enfermagem, quando ocorrem riscos ou danos ao paciente, além de ele próprio estar sob risco ocupacional em relação a possíveis mudanças nas condições de trabalho. É ainda possível a ocorrência de denúncia por falta de atenção, prudência ou perícia em relação a profissionais de enfermagem em várias situações, como causa de lesões corporais aos clientes.[4]

Considerando que a reflexão ética na prática profissional é um processo de aprendizagem permanente e que requer a participação dos envolvidos em determinada situação, circunstância ou problema, todos devem trabalhar as questões éticas em suas atividades cotidianas, especialmente em um contexto complexo como o vivenciado no Bloco Operatório.

Por essas razões, foram traçados os seguintes objetivos do estudo: conhecer e compreender, com base nas vivências cotidianas dos enfermeiros que atuam no Bloco Operatório, os significados que atribuem às suas ações diante das ocorrências éticas com o pessoal de enfermagem.

METODOLOGIA

Para este estudo foram entrevistados enfermeiros atuantes no Bloco Operatório, e não outros profissionais, por julgar-se importante caracterizar melhor a área de atuação da profissão na assistência perioperatória, visando incrementar conhecimentos e informações com os resultados obtidos que pudessem auxiliar na formação de futuros profissionais atuantes nesses setores e que permitissem aos atuais trabalhadores uma prestação de cuidados com garantia de maior qualidade no atendimento e segurança com menor número de ocorrências éticas.

Para alcançar os objetivos propostos, fez-se necessário encontrar um referencial teórico que abarcasse o desvelamento das ações dos sujeitos participantes com base em seus discursos, numa abordagem qualitativa, e que focalizasse os valores de suas ações.

Os valores ajudam as pessoas a tomar decisões. Elas assumem uma postura com base em suas escolhas pessoais e profissionais, cujos alicerces são crenças em modelos de conduta ou estado de existência construídas pela experiência e vivência dos indivíduos no meio familiar e social.[5]

O aprimoramento do comportamento ético do profissional passa pelo processamento consciente de valores pessoais, decorrentes das relações sociais e familiares, e de valores profissionais, como as diretrizes contidas no CEPE, um documento que direciona direitos, deveres, responsabilidades, proibições, infrações e penalidades aos quais estão sujeitos os trabalhadores na prática de suas ações.[3]

Interessa, portanto, conhecer os significados atribuídos às ações pelos profissionais diante das ocorrências éticas para saber qual a relação entre os valores que impulsionam os indivíduos às ações realizadas e as diretrizes éticas que direcionam o comportamento coletivo dos profissionais de enfermagem, ou seja, apreender as motivações que orientam e determinam as ações de enfermagem, tanto em relação aos valores individuais e sociais quanto às diretrizes legais da profissão, considerando que o significado e o sentido da ação é atribuído pelo próprio sujeito que a vivencia.[6]

A opção adotada foi a Fenomenologia Sociológica, de Alfred Schütz, uma vez que ela mostra as significações

Reme.indd 426 12/06/2008 09:38:11

do que foi identificado e vivido pelo próprio sujeito que vivenciou o fenômeno, e trazer ainda, como base teórica, aquele que realmente vivenciou a experiência do fenômeno, valorizando, assim, essa experiência por quem realmente realizou e sentiu a ação.[4]

Portanto, ao escolher a perspectiva fenomenológica para enxergar os significados atribuídos pelos atores sociais (os enfermeiros atuantes no Bloco Operatório), pretendeu-se desvelar as razões ou motivações de suas ações perante os eventos vivenciados, suas preocupações, providências e encaminhamentos, bem como as tomadas de decisões implementadas ao vivenciarem tais ocorrências.

Metodologicamente, para a Fenomenologia Sociológica interessa, num primeiro momento, investigar o comportamento individual, uma vez que a experiência passada é imbuída de significado para o sujeito que a vivencia. O contato com a vivência subjetiva do indivíduo é o ponto de partida, porque, por meio dela, as experiências do mundo da vida do sujeito, que são peculiares e irrepetíveis, podem ser caracterizadas, o que favorece a identificação das motivações dos indivíduos diante de situações especificas.[7] Em seguida, buscou-se entender o que pode constituir uma característica típica daquele grupo social em que o indivíduo está inserido naquela situação de comportamento vivido.[4]

Assim, e numa perspectiva teórico-metodológica para compreender a ação do grupo social, é importante reconhecer que o significado de determinada ação nunca é individual. Embora vivenciado por um indivíduo num determinado grupo social, e como tal com diferentes interpretações que variam de acordo com o contexto motivacional em que cada indivíduo apresenta, a objetividade da significação encontra-se contextualizada pela intersubjetividade, configurando-se um grupo social.[8] O mundo cotidiano não é individual, mas intersubjetivo, no qual compartilhamos com nossos semelhantes. É um mundo comum a todos nós.[9]

Com base nessas interações com os outros e consigo mesmo, o indivíduo direciona uma conduta determinada para a realização de fins específicos. Essa ação só pode ser interpretada pela subjetividade do ator, pois somente a própria pessoa pode definir seu projeto de ação, sua intenção, seu desempenho social.

A ação projetada ou projeto consiste numa antecipação do ato futuro, por meio da imaginação motivada pela intenção de desenvolver a ação projetada – a orientação para a ação futura e os critérios que determinam a escolha para situações que levam ao alcance dos objetivos previamente traçados, Schütz os chama de *motivos para*, definido por ele como o contexto de significado que é construído sobre o contexto de experiências disponíveis no momento de ação projetada.[6]

Diferentemente dos *motivos que* orientam às ações futuras, os *motivos por que* se relacionam com vivências passadas, aos fundamentos da ação, aos conhecimentos disponíveis e que permitem o relato posterior ao acontecimento do fenômeno, mediante uma reflexão sobre a ação desenvolvida.[6]

Um conceito fundamental na Fenomenologia Sociológica é o Mundo da Vida, só compreendido com base no mundo real e na prática, que abarca toda a esfera das experiências cotidianas, direções e ações, por meio das quais os indivíduos lidam com seus interesses e negócios, manipulando objetos, tratando com pessoas, concebendo e realizando planos.[7]

Como os atores não são conscientes de seus motivos para enquanto agem, a utilização da reflexão sobre a ação desenvolvida permite que eles acessem a bagagem de conhecimento, buscando dar significados às suas ações sociais de acordo com seu Mundo da Vida, o que reitera a escolha da Fenomenologia Sociológica de Schütz como referencial metodológico para analisar a compreensão das ações dos enfermeiros do Bloco Operatório tendo como referência os discursos deles.

O projeto de pesquisa foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição de ensino aos quais os autores estão vinculados, obtendo parecer favorável. Como a instituição hospitalar cujos profissionais seriam entrevistados não possuía Comitê de Ética em Pesquisa, a diretoria de enfermagem aceitou o parecer apresentado.

Participaram do estudo quatro enfermeiras com média de idade de 36 anos e tempo médio de atuação no Bloco Operatório de 12 anos, variando de 5 a 22 anos, que possuíam os critérios de inclusão da pesquisa. O contato com a instituição hospitalar se deu por meio da apresentação do projeto de pesquisa à diretoria de enfermagem. Após a aceitação, foi realizado um convite de participação às enfermeiras do Bloco Operatório.

Houve um encontro com cada enfermeira para explicar os objetivos da pesquisa e selecionar as quais se enquadravam nos critérios de inclusão: atuar no Bloco Operatório, em qualquer um dos seus setores e ter vivenciado situações de ocorrências éticas, permitindo tomadas de decisão, avaliações ou conhecimentos delas. Foi explicitada aos sujeitos da pesquisa a mesma definição de ocorrência ética utilizada na presente pesquisa.

Uma vez possuindo os critérios de inclusão e demonstrando interesse em participar da pesquisa, foi agendado um período para a realização de entrevista. Não foi estabelecido o número de sujeitos participantes, sendo cessadas as entrevistas quando se percebeu que estava havendo a repetitividade dos motivos que impulsionam e fundamentam as ações dos sujeitos diante das ocorrências éticas. Foram realizadas quatro entrevistas.

As enfermeiras atuavam havia mais de cinco anos em hospital privado de grande porte do município de São Paulo, que contava com Bloco Operatório especializado em cirurgias ortopédicas, realizando atendimento a pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), particulares e associados a convênios de saúde suplementar.

Buscou-se contato e relação de empatia com as enfermeiras, explicando os propósitos da pesquisa e convidando-as a participar. Posteriormente à aceitação livre e espontânea, foi requerida a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, reiterando a possibilidade de desistência da participação a qualquer momento, sem nenhum tipo de ônus ou prejuízo. Foi igualmente solicitado e aceito o uso de gravador durante a entrevista. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, atendendo à Resolução nº 196/96.

Reme.indd 427 12/06/2008 09:38:11

Procurou-se propiciar ambiente calmo e confortável, no qual cada depoente pudesse falar livremente sobre suas ações diante das ocorrências éticas. Em seguida, foram dirigidas três questões norteadoras, elaboradas de modo a possibilitar a análise da motivação das enfermeiras sobre suas ações diante das ocorrências, bem como conhecer suas motivações e expectativas e possíveis encaminhamentos.

As questões foram: Como você atua diante das ocorrências éticas de enfermagem na sua área de trabalho – Centro Cirúrgico, central de material e esterilização e recuperação anestésica? O que leva você a atuar em face das ocorrências éticas? O que você espera com essa atuação?

As entrevistas foram transcritas na íntegra, e para a organização das categorias concretas com a posterior construção da tipologia do vivido foram adotadas as seguintes etapas propostas por estudiosos[8,11-13] da Fenomenologia:

a) leituras atentas e detalhadas dos discursos, buscando apreender os seus conteúdos de significados, visando à apreensão das vivências motivadas das enfermeiras envolvidas;

b) exercício de convergência das falas e dos conteúdos. As categorias convergentes dizem respeito ao agrupamento não somente de idéias comuns presentes em todos os discursos analisados, mas especialmente a aspectos e elementos do Mundo da Vida dos sujeitos que são compartilhados por todos, fazendo com que possuam interesses e objetivos semelhantes para assuntos afins do cotidiano profissional, e que suas escolhas tenham algo em comum, ou seja, que possam convergir para o mesmo foco de ação e atenção;

c) releitura dos textos com vista a identificar categorias concretas, entendidas aqui como locuções de efeito que expressam aspectos significativos de compreensão e vivência dos motivos para e motivos por que das ações das enfermeiras do Bloco Operatório diante das ocorrências éticas;

d) elaboração das categorias concretas dos conteúdos das falas;

e) confecção do tipo vivido enfermeira atuante em Bloco Operatório, tendo em vista suas vivências nas ocorrências éticas envolvendo os profissionais de enfermagem;

f) análise compreensiva dos discursos apresentados e categorizados, tendo como base a interpretação do conteúdo associado ao referencial teórico-metodológico de Alfred Schütz[14,15] e literatura correlata na área da enfermagem.[1,4,8,11-13,16]

Na apresentação dos resultados, a fim de resguardar o sigilo e a identidade das participantes, elas foram nomeadas como E1, E2, E3 e E4, conforme a ordem em que foram entrevistadas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tipo vivido: enfermeira atuante em Bloco Operatório e ocorrências éticas envolvendo os profissionais de enfermagem

– Categorias concretas referentes aos propósitos de ação das enfermeiras

Das motivações captadas nos depoimentos apresentaram-se como categorias concretas referentes às ações das enfermeiras:

• **Orientar diretamente o funcionário e encaminhá-lo à chefia de enfermagem –** Diante de uma ocorrência ética envolvendo funcionários e colegas de trabalho, as enfermeiras entrevistadas demonstraram que realizam primeiramente uma orientação direta à pessoa e, dependendo da gravidade, o caso é levado à ciência da chefia do setor, podendo desencadear um processo administrativo no comitê de ética do hospital, conforme se observa nos trechos a seguir:

> *[...] quando não é uma coisa assim tão grave eu já tento falar para a pessoa na mesma hora.* (E1)

> *Tive uma postura mais de ponderação, de reorientação, de rediscutir os processos por que aquilo (ocorrência ética) aconteceu em determinado momento e dizer aonde é que está errando [...]* (E2)

> *Hoje diretamente eu atuo na orientação, orientação corpo-a-corpo.* (E3)

> *[...] oriento de uma forma até sem preparo; a gente tenta fazer a orientação baseada no que a gente sente, no que a gente sabe.* (E3)

> *Quando é um problema mais grave a gente encaminha para um nível superior, no caso a gerência, ou administrador, ou quem responsável for. Porque não dá para gente tomar a atitude sozinha [...]* (E1)

> *A gente passa alguns casos para a nossa responsável e ela que acaba tomando algumas condutas administrativas e a gente executando.* (E4)

• **Assistência isenta de riscos para o paciente –** Dada a característica de trabalho tecnicista e mecânico do Bloco Operatório, uma preocupação apreendida nos discursos das enfermeiras diz respeito a oferecer uma assistência de enfermagem com isenção de riscos e maximizar o cuidado humanizado.

Nos discursos colhidos, denota-se claramente a interpretação da atenção à saúde centrada no paciente, tendo ele como foco e dirigindo-lhe as ações e propostas de atenção e cuidado humanizado e com a expectativa de ser a assistência prestada isenta de riscos de toda a espécie:

> *[...] quando envolve doente você já tem uma outra postura e você tende sempre a agir com mais rigor com você mesma ou com o colega [...] quando envolve o doente a gente já tem uma tendência natural de ser mais rigorosa, de ser mais dura com o julgamento ou com o colega* (E2).

> *[...] o ponto fundamental da nossa profissão é o paciente e o motivo principal pelo qual a gente está aqui. Então a gente quer sempre preservar a integridade dele de qualquer maneira* (E4).

• **Prevenir novas ocorrências –** Essa categoria convergiu da preocupação demonstrada quanto à não-repetição de ocorrências, que faz com que as enfermeiras

Reme.indd 428 12/06/2008 09:38:11

adotem posturas e atitudes de orientação e punição, sempre visando fortalecer na equipe de enfermagem a atenção relacionada ao cuidado prestado com qualidade técnica e padrões éticos.

Quando as orientações são passadas aos integrantes da equipe por meio de conversas informais ou punições descritas nas normas da instituição, a expectativa das enfermeiras entrevistadas é de que eles estejam mais atentos ao cuidado com o paciente.

> *[...] o que eu espero com minha atuação é o resultado positivo do funcionário. E aqui é um lugar onde nós temos a resposta positiva do funcionário. Eles são extremamente preocupados com isso (erros). A gente conseguiu passar esse amor, essa preocupação para eles* (E3).

> *Eu espero que a pessoa se corrija, não aconteça de novo, que a equipe que presenciou o que aconteceu e as pessoas melhorem e tenham outras atitudes diante de certas situações* (E1).

– Categoria concreta referente ao fundamento da ação das enfermeiras

Emergiu como categoria convergente dos depoimentos analisados caracterizando o *motivo por que* das ações das enfermeiras, os valores, crenças e tradições familiares e pessoais, que trazem forte ênfase ao cuidado prestado ao paciente por identificá-lo como merecedor de respeito, dignidade e atenção humanizada.

Os indivíduos não nascem com o conhecimento do significado dos conceitos de valor, moral e de ética, sendo eles introjetados a partir da experiência de vida. Os valores são crenças duradouras em modelos de conduta que expressam os propósitos sentimentais e de vida de uma pessoa ou de um grupo de pessoas. Já a moral é um sistema de valores dos quais resultam normas consideradas corretas por determinada sociedade. A ética pode ser definida como a capacidade de posicionar-se diante de uma situação mediante uso da autonomia, coerência e percepção dos conflitos (consciência).[5]

As enfermeiras entrevistadas, por causa de suas experiências anteriores no Mundo da Vida, conseguiram constituir sua bagagem de conhecimentos com elementos da moral e valores familiares, bem como da sociedade na qual estão inseridas. Essas bagagens e vivências fundamentam suas ações no sentido de oferecer uma assistência de enfermagem que respeite a integridade moral e física dos pacientes sob seus cuidados, conforme se verificam nos excertos a seguir:

> *O que me leva a atuar frente às ocorrências é a nossa própria consciência [...] sua própria consciência de base. Isso você adquire com a família, vem da sua base familiar, o que aprendeu em casa você traz para sua vida profissional, todas essas suas experiências anteriores você carrega com você. Então, o que eu aprendi, o que meu pai e mãe me ensinaram, o que é correto, o que é certo, a sempre dizer a verdade* (E2).

> *O que me leva a atuar, eu costumo falar que é minha educação, a educação que recebi de meus pais. Porque eu acho que a ética já vem desde criança, é uma coisa que te acompanha durante tua vida* (E3).

Após análise das categorias convergentes dos depoimentos das enfermeiras participantes, foi possível construir o tipo vivido com relação às ações e vivências delas diante das ocorrências éticas. O estudo apontou que há um tipo vivido comum, o que é coerente, uma vez que esses sujeitos estão inseridos em um mesmo grupo social e têm vivido com semelhanças de motivos para e por que com base em um mesmo contexto de significados nessas vivências.[12]

Logo, as enfermeiras que atuam no Bloco Operatório são profissionais cujas ações visam à prestação de assistência de enfermagem isenta de riscos para o paciente, lançando mão de orientações e encaminhamentos para prevenir novas ocorrências por parte da equipe de enfermagem. São profissionais impulsionadas para a ação por meio de valores e crenças pessoais e familiares de preservação do respeito e dignidade do ser humano e do paciente.

ANÁLISE COMPREENSIVA

O Bloco Operatório é uma área na qual o paciente está exposto a intervenções médicas e de enfermagem. Na maioria das vezes, está sedado ou anestesiado, dependendo, portanto, de outros para salvaguardar seu bem-estar e sua integridade diante de potenciais riscos previsíveis, que devem ser evitados a todo custo, uma vez que são de responsabilidade do profissional de saúde que assiste o paciente, bem como a garantia de assistência com qualidade ética.

Esse setor hospitalar pode ser considerado uma área de atuação complexa para os profissionais de enfermagem se analisados os processos de trabalho ali desenvolvidos. Os enfermeiros têm de estar atentos a questões de diversas ordens: material e instrumental cirúrgico, organização da estrutura física e administração dos recursos humanos, em um ambiente cuja característica marcante é o trabalho multidisciplinar na atenção ao paciente.[2]

Buscando superar dificuldades inerentes à complexidade da área de atuação, os sujeitos revelaram que uma grande expectativa é a de prevenir novas ocorrências por meio de orientações pontuais e dissociadas de um projeto institucional de atualização profissional (educação continuada), com cunho ora mais punitivo, ora mais indulgente, e ainda, se necessário, encaminhando a ocorrência à ciência da chefia de enfermagem, à Comissão de Ética de Enfermagem da instituição e até mesmo ao Conselho Regional de Enfermagem (COREN), que tem como uma das atribuições a regulação da profissão e a fiscalização das atividades dos profissionais. Atualmente, as ações desenvolvidas pelas enfermeiras diante de ocorrências éticas têm como características a orientação verbal ao funcionário e colegas, e, dependendo da gravidade da ocorrência ou da reincidência de funcionários, o encaminhamento da situação para ciência da chefia do setor e o aguardo do parecer sobre o fato ocorrido.

Em relação à prevenção de novas ocorrências, os profissionais supervisionados pelas enfermeiras entrevistadas, mostraram-se sensíveis, segundo elas, a prestar uma

Reme.indd 429 12/06/2008 09:38:11

assistência que evite a repetição de erros e falhas. Os empecilhos para essa atuação estão no processo de trabalho, que por vezes sobrecarrega os trabalhadores, e nas condições específicas da instituição, como a oferta de educação continuada na área de centro cirúrgico. Faz-se justa a colocação de que para minimizar ocorrências da equipe de enfermagem e, conseqüentemente, diminuir riscos na assistência, é preciso que a instituição invista em qualificação contínua, em ambiente de trabalho com condições materiais, estruturais e número de profissionais adequados, de modo a implementar ações de mudanças na dinâmica e nas condições de trabalho.[16]

As enfermeiras atuantes no Bloco Operatório consideram que assistir com qualidade o ser humano é o propósito de participar de todas as etapas do processo cirúrgico (pré-operatório, intra-operatório, pós-operatório), de modo a otimizar os recursos disponíveis a fim de garantir uma assistência de enfermagem de qualidade aos pacientes. Para tal, atuam nos três setores relacionados, visando proporcionar ambiente físico seguro, recursos materiais disponíveis e recursos humanos adequados à necessidade maior da prestação de cuidados, que é a assistência com isenção de riscos de qualquer ordem ou natureza, conforme o artigo 16 do CEPE: "Assegurar ao cliente uma assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência".[3]

O fundamento da ação do enfermeiro é revelado pela associação com a bagagem de conhecimentos e vivências adquiridas, mostrando que suas ações e intervenções são fundadas nas crenças e valores familiares e pessoais, nos quais há o foco do paciente como ser humano merecedor de respeito e tratamento digno. É pela bagagem de conhecimentos adquiridos que suas ações são orientadas no sentido de preservar a integridade física e moral do outro ser humano que está sob seus cuidados, uma vez que nessas experiências anteriores estão contidos valores e preceitos de vida de extrema importância para as enfermeiras depoentes.

As pessoas agem em razão de motivos dirigidos a objetivos que apontam para o futuro. O motivo consiste no estado de coisas, o objetivo que se pretende alcançar com a ação. Quando agem, os indivíduos têm razões para suas ações. Essas razões estão alicerçadas em experiências vividas na personalidade que a pessoa desenvolveu durante sua vida.[6]

No cenário do Mundo da Vida, nem tudo o que está presente numa situação é importante para as pessoas nele envolvidas. Alguns fatores de uma situação impõem-se aos sujeitos, constituindo relevâncias impostas, como as diretrizes contidas no CEPE, que impõem determinadas condutas aos seus agentes. Outros fatores podem ser isolados pelos indivíduos, que consideram importantes para eles, o que caracteriza uma relevância volitiva.[7]

Pelo que foi apreendido na presente pesquisa realizada com enfermeiras do Bloco Operatório, suas ações são caracterizadas por fatores de maior relevância volitiva, uma vez que se baseiam na bagagem de conhecimentos e crenças e valores familiares acumulados ao longo de suas experiências de vida. Como afirma Jesus,[12] a motivação que fundamenta a ação dos indivíduos se estrutura e constitui uma espécie de acúmulo de conhecimentos sociais que são transmitidos pelos seus predecessores como herança cultural e do depósito de conhecimentos advindos de suas experiências pessoais.

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem direciona, por meio de artigos, os deveres e direitos dos profissionais durante sua atuação, deixando explícito o que deve ou não deve ser feito, mas não revela como deve ser feito.[1] É justamente em relação ao "como deve ser" que as ações das enfermeiras entrevistadas se mostraram mais relacionadas aos valores familiares e pessoais de preservação da vida e respeito ao ser humano, e procuraram alcançar esse objetivo desenvolvendo suas ações mediante a minimização de riscos ao paciente e prevenindo novas ocorrências. Essas ações, mesmo embasadas em valores pessoais, não contradizem as diretrizes do CEPE, pelo contrário, são coerentes com os artigos que mencionam a assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de negligência, imperícia e imprudência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os objetivos propostos inicialmente foram alcançados pela compreensão e conhecimento das motivações que embasam o agir ético das enfermeiras atuantes no Bloco Operatório de uma instituição privada de São Paulo, em face das ocorrências éticas naquele setor.

O propósito de prestar uma assistência isenta de riscos para o paciente e evitar novas ocorrências revela uma parte da atuação desses profissionais nessa área hospitalar complexa. As enfermeiras buscam atingir essa finalidade por meio de orientações aos funcionários e colegas, bem como eventuais encaminhamentos à chefia do setor, tratando-se de situações que considerem mais graves.

Para a concretização dessas preocupações são necessários investimentos por parte das instituições, dos gerentes/diretores e funcionários integrantes das equipes de enfermagem e de outras categorias profissionais que, igualmente, atuam no Bloco Operatório, bem como da existência ou construção de diretrizes institucionais que visem à assistência de enfermagem com qualidade técnica e ética.

As motivações caracterizadas por valores e crenças pessoais possibilitam a esses profissionais a busca de melhoria contínua da assistência, no sentido de oferecer um cuidado de enfermagem com responsabilidade, como recomenda o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.[3] São esses valores e crenças que fundamentam as ações das enfermeiras quanto à assistência responsável, digna e de qualidade aos pacientes e centrada no ser humano, o que revela que as suas ações estão em consonância com as diretrizes do CEPE.

Apoiadas nesses valores, as enfermeiras atuam de modo a tornar concreto o que acreditam ser o melhor cuidado ao paciente diante do cuidado que é possível realizar de acordo com as circunstâncias do ambiente do Bloco Operatório e das características da instituição de saúde na qual trabalham.

O estudo permitiu desvelar os propósitos e os fundamentos da ação da enfermeira que vivencia o fenômeno de ocorrências éticas. A pesquisa permite contribuir para despertar interesse pela temática, lançando o olhar de futuros alunos, enfermeiros e profissionais da área para a questão da assistência de enfermagem e de saúde com enfoque ético.

Reme.indd 430 12/06/2008 09:38:11

REFERÊNCIAS

1. Duarte LEMN. A ação de enfermeiros frente a conflitos e dilemas éticos vivenciados em centro cirúrgico [dissertação]. Porto Alegre: Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2004.

2. Oguisso T, Schmidt MJ. O exercício da enfermagem – abordagem ético-legal. São Paulo: LTr; 1999.

3. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. In: Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Documentos básicos de enfermagem: enfermeiros, técnicos e auxiliares. São Paulo: COREn – SP; 2001

4. Freitas GF. Ocorrências éticas de enfermagem: uma abordagem compreensiva da ação social [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2005.

5. Cohen C, Segre M. Breve discurso sobre valores, moral, eticidade e ética. Bioética. 1994; 2 (1): 19-24.

6. Schütz A. Fenomelogia del mundo social : introduccion a la sociologia comprensiva. Buenos Aires: Paidos; 1972.

7. Schütz A. Fundamentos da fenomenologia: bases da fenomenologia. In: Wagner HR, Organizador. Fenomenologia e relações sociais: textos escolhidos de Alfred Schütz. Rio de Janeiro: Zahar; 1979. p.53-71.

8. Merighi MAB. Docência de enfermagem em uma universidade pública – um enfoque fenomenológico [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 1993.

9. Capalbo C. Metodologia das ciências sociais: a fenomenologia de Alfred Schütz. Rio de Janeiro: Antares; 1979.

10. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução no. 196 de 10 de setembro de 1996. [Citado em 22 ago.2006]. Disponível em: <http:// conselho.saude.gov.br/ comissao/ conep/resolucao.html>

11. Tocantins FR. As necessidades na relação cliente-enfermeiro em uma unidade básica de saúde: uma abordagem na perspectiva de Alfred Schütz [tese]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1993.

12. Jesus MCP. A educação sexual na vida cotidiana de pais e adolescentes: uma abordagem compreensiva da ação social [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 1998.

13. Fustinoni SM. As necessidades de cuidado da parturiente: uma perspectiva compreensiva da ação social [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2000.

14. Schütz A. Problema de la realidad social. Buenos Aires: Amorrortu; 1962.

15. Schütz A. Estudios sobre teoria social. Buenos Aires: Amorrortu; 1974.

16. Freitas GF, Oguisso T, Merighi MAB. Motivações do agir de enfermeiros nas ocorrências éticas de enfermagem. Acta Paul Enferm. 2006; 19 (1): 76-81.

Data de submissão: 22/8/2007
Data de aprovação: 12/2/2008

Reme.indd 431 12/06/2008 09:38:12

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO DAS MULHERES QUE SOFRERAM EPISIOTOMIA

DISCOURSE OF THE COLLECTIVE SUBJECT OF WOMEN SUBMITTED TO EPISIOTOMY

DISCURSO DEL SUJETO COLECTIVO DE LAS MUJERES SOMETIDAS A UNA EPISIOTOMÍA

Jaqueline de Oliveira Santos[1]
Antonieta Keiko Kakuda Shimo[2]

RESUMO

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, realizado com mulheres que sofreram episiotomia durante o parto vaginal ocorrido em um Hospital Escola, para investigar como elas lidaram com essa intervenção. Objetivou-se construir o Discurso do Sujeito Coletivo sobre os sentimentos relacionados ao procedimento vivenciados por essas mulheres. Utilizou-se a entrevista semi-estruturada como instrumento de coleta de dados, que foram analisados de acordo com as etapas propostas pelo método. Foi questionado se as mulheres conheciam a episiotomia e o motivo pela qual ela foi realizada, emergindo idéias centrais de que a intervenção é benéfica para o binômio mãe-filho. As concepções relatadas pelas puérperas foram defendidas há séculos pelos obstetras e expressam o pensamento compartilhado social e coletivamente por todas as mulheres, evidenciando que essas idéias continuam arraigadas na cultura da população, apesar de não estarem condizentes com as evidências científicas atuais.

Palavras-chave: Episiotomia; Consentimento Esclarecido; Saúde da Mulher; Pesquisa Qualitativa.

ABSTRACT

This is a qualitative, descriptive study, carried out with women submitted to episiotomy during natural childbirth at a teaching hospital, in order to understand how they deal with this intervention. The objective of this study was to build the discourse of the collective subject on the feelings of women about this intervention. A semi-structured interview was used to collect data and the information was analyzed according to the stages proposed by the method. The women were asked if they knew episiotomy and the reason it was done. Central ideas arose that it was good for both mother and child. The concepts reported by the women have been stated by obstetricians for centuries and express the thoughts shared by all women, showing that these ideas are still present in the culture of the population, although they do not coincide with the current scientific evidence.

Key words: Episiotomy; Informed Consent; Women's Health; Qualitative Research

RESUMEN

Estudio cualitativo y descriptivo de mujeres sometidas a una episiotomía durante el parto natural en un hospital escuela para analizar cómo se sintieron con este procedimiento. El objetivo del estudio es construir el discurso del sujeto colectivo de los sentimientos de las mujeres sobre la episiotomía. Para recoger estos datos se realizó una entrevista semiestructurada siguiendo todas las etapas propuestas por el método. Se les preguntó si sabían qué era la episiotomía y para qué se hacía. A partir del análisis de las entrevistas surgió la idea de que este procedimiento beneficia tanto a la madre como al hijo. Hace siglos que los obstetras sostienen aquello que, social y colectivamente, comparten todas las mujeres. Este pensamiento es una evidencia de que las ideas, a pesar de no estar de acuerdo con las evidencias científicas actuales, están arraigadas en la cultura de la población.

Palabras chave: Episiotomía; Consentimento Informado: Salud de la Mujer; Investigación Cualitativa.

[1] Enfermeira. Especialista em Obstetrícia. Mestre em Enfermagem pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. São Paulo, Brasil.
[2] Professora Doutora do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. São Paulo, Brasil.
Endereço para correspondência: R. Dr. Antônio Sousa Campos, nº 188 apartamento 11, Bairro: Cambuí Campinas-SP, Brasil – CEP: 13024-220. Telefones: (19) 3294 0332 ou (19) 8122 7310 (celular).
E-mail: jack.oliver@uol.com.br ou jaqueoliveira1@hotmail.com.

Reme.indd 432 12/06/2008 09:38:12

INTRODUÇÃO

A atenção ao parto ao longo da história da humanidade tem alterado sensivelmente. Mudanças ocorreram no local onde as mulheres davam à luz, como se portavam, quem assistia os partos e o que se fazia em nome deles. A literatura aponta que as interferências, porque não dizer intervenções, estão diretamente ligadas às pessoas que assistem a parturiente – se leigo (parteiras tradicionais), obstetriz ou médico obstetra.

Segundo dossiê de humanização de parto, organizado pela Rede Feminista de Saúde, em 2002[1], apesar da evidência científica sólida iniciada na década de 1980 sobre a abolição da prática rotineira de episiotomia e da disponibilidade de manuais e normas a respeito, no Brasil[2-3] ainda há realização de episiotomia rotineiramente em muitas instituições hospitalares.

Nos últimos vinte anos, uma larga literatura científica vem sendo publicada defendendo fortemente o uso seletivo da intervenção, demonstrando que seu uso rotineiro não oferece a proteção materna e fetal defendida antigamente por grandes profissionais.[2-4]

Uma revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados e controlados desenvolvida pela biblioteca Cochrane sobre o uso liberal da episiotomia evidenciou que seu uso restrito confere mais benefícios, como o menor risco de traumas no períneo posterior, menos necessidade de sutura e menos complicações no processo de cicatrização, apresentando a única desvantagem de aumentar a chance de traumas perineais anteriores, geralmente, lacerações de primeiro e segundo graus.[5]

O uso rotineiro da episiotomia não protege contra o relaxamento pélvico e traumas maternos, como prolapso uterino, incontinência urinária e fecal e lacerações, tampouco traumatismos fetais, como hemorragia intracraniana, compressão cefálica, asfixia e retardo mental. Pelo contrário, está relacionada com o aumento da incidência de infecção perineal, do sangramento puerperal, da dor durante a cicatrização, do aumento na incidência de injúrias do esfíncter anal, com conseqüente aumento do risco de incontinência fecal, do aumento no índice de laceração de terceiro e quarto graus e dor durante a relação sexual, além de afetar negativamente na imagem corporal da mulher e na função sexual.[4]

Com base nessas evidências científicas, a Organização Mundial de Saúde e o Ministério da Saúde do Brasil recomendam o uso restrito da episiotomia e classificam seu uso rotineiro e liberal como uma prática prejudicial, sendo indicada em cerca de 10% a 15% dos casos.[2-3]

No entanto, no Brasil e na América Latina, essas recomendações estão sendo desconsideradas. A episiotomia é realizada em mais de 90% dos partos vaginais ocorridos na América Latina[6] e é efetuada em 94,2% das primíparas que tiveram parto vaginal.[7] Isso significa que muitas mulheres, ao serem atendidas em instituições de saúde para dar à luz, têm sua vulva e vagina "cortadas" e "costuradas", muitas vezes, sem qualquer indicação obstétrica.

Esse panorama instigou-nos a indagar as mulheres que tiveram seus filhos de parto vaginal e receberam o corte o que elas pensam a respeito dessa intervenção. Considerando que a humanização da assistência ao parto é um objetivo mundial que tem como meta a valorização da mulher durante esse período, é necessário que os profissionais da área busquem o conhecimento do significado da intervenção para essa população, para que ela se torne ativa durante seu próprio processo de parturição.

Optamos por utilizar o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)[8] para organizar e analisar o pensamento das mulheres sobre a questão, pois é uma forma diferenciada de apresentar os resultados de uma pesquisa qualitativa a fim de expressar o pensamento do grupo, como se ele mesmo fosse autor do discurso. Por se tratar de uma análise temática inédita, houve limitação da discussão dos resultados obtidos com outros autores.

OBJETIVO

Construir o Discurso do Sujeito Coletivo sobre os sentimentos vivenciados pelas mulheres que receberam a episiotomia durante a internação para resolução da gravidez.

METODOLOGIA

Este estudo, do tipo descritivo com abordagem qualitativa, foi realizado na Enfermaria de Ginecologia e Obstetrícia de um Hospital Escola, localizado no interior do Estado de Minas Gerais, conveniado do Sistema Único de Saúde (SUS). Durante o ano de 2002, a instituição realizou 1.330 partos, dos quais, 879 (66,1%) foram partos normais e 451 (33,9%) cesarianas, não havendo registro de nenhum parto com fórceps.

Os profissionais responsáveis pela assistência ao parto são médicos obstetras e residentes em obstetrícia. A episiotomia é realizada rotineiramente na instituição, como prática da assistência ao parto e como parte do processo ensino-aprendizagem, entretanto não há registro de dados referentes à prevalência de episiotomia no local de estudo.

Os atores sociais foram mulheres submetidas à episiotomia durante a realização do parto vaginal na instituição, incluindo tanto as que sofreram a intervenção pela primeira vez quanto as que já tiveram episiotomia anterior, com a intenção de obter maior diversidade de informações. Foram incluídas no estudo as puérperas com idade igual ou superior a 18 anos, com capacidade de comunicação verbal, orientadas no tempo e no espaço, e com boas condições vitais. Foram excluídas aquelas que apresentaram qualquer complicação obstétrica.

A coleta de dados se deu no período de dezembro de 2003 a fevereiro de 2004, empregando duas técnicas consideradas relevantes e essenciais para a investigação: a observação participante e a entrevista. As informações foram coletadas por meio da entrevista semi-estruturada, utilizando um gravador como instrumento de auxílio no registro dos dados, e foram fielmente transcritas em um programa de computador para posterior análise.

Durante as entrevistas, foi solicitada uma resposta às seguintes perguntas: *Em muitos partos por baixo (vagina ou normal) é realizado o "pique" ou o corte na vagina. Você sabe o que é isso? Por que você acha que ele é feito? Como foi, para você, receber esse corte?*

O critério utilizado para determinar o tamanho da amostra do trabalho foi a saturação de dados, ou seja, aquele momento no qual a busca de novos sujeitos não acrescenta nova informação à investigação.[9]

Reme.indd 433 12/06/2008 09:38:12

Ressalte-se que, para o desenvolvimento do estudo, foram seguidas as diretrizes e as normas regulamentadoras de pesquisas que envolvem seres humanos, aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde – Resolução nº 196/96.[10]

A técnica do Discurso do Sujeito Coletivo, metodologia proposta no final da década de 1990 por Lefèvre e Lefèvre[8], foi empregada para organizar os dados obtidos na entrevista. Trata-se de um procedimento metodológico próprio de pesquisas sociais empíricas com foco qualitativo, utilizando uma estratégia discursiva, visando tornar mais clara uma representação social presente no discurso, que é o modo como as pessoas pensam.[11]

O DSC é um *jogo* entre *como* e *o que* as pessoas pensam coletivamente, pois se busca "reconstruir, com pedaços de discursos individuais, como em um quebra-cabeça, tantos discursos-síntese quantos se julgue necessários para expressar uma dada 'figura', ou seja, um dado pensar ou representação social sobre o fenômeno". (8:19)

O DSC utiliza quatro figuras metodológicas ou operadores do DSC chamadas Expressões-Chave (ECHs), Idéias Centrais (ICs), Ancoragem (AC) e o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

As ECHs são trechos do discurso que revelam a essência do depoimento e descrevem o conteúdo da argumentação. Com base nas ECHs são constituídas as ICs e as ACs. As ECHs revelam *como* o indivíduo pensa.[11-12]

As ICs correspondem a uma síntese feita pelo pesquisador do discurso emitido pelo sujeito. Não se trata de uma interpretação, mas da descrição do sentido do depoimento. As ICs revelam *o que* as pessoas pensam.[11-12]

A AC é um enunciado que contém um valor, uma teoria, uma ideologia, uma crença explicitada no discurso que é professada pelo sujeito.[11-12]

Após a identificação das ICs e das ACs, as que tiverem o mesmo sentido, sentido equivalente ou mesmo complementar são agrupadas em categorias. Essas categorias devem ser nominadas de forma que expressem da melhor maneira possível todas as ICs e ACs com o mesmo sentido, para proceder a construção do DSC.

Assim, as entrevistas foram analisadas seguindo as etapas propostas pelo DSC, conforme os seguintes passos:

- Primeiro: copiamos integralmente o conteúdo da resposta de cada sujeito no Instrumento de Análise de Discurso 1 (IAD 1) na coluna ECH.
- Segundo: identificamos em cada resposta as ECHs das ICs e as ECHs das ACs quando estas estiveram presentes. No processo de seleção das ECHs, foi retirado o discurso excludente, que não é relevante para a pesquisa.
- Terceiro: identificamos e descrevemos as ICs e as ACs com base em cada ECH colocando-as nas colunas correspondentes.
- Quarto: agrupamos as ICs com o mesmo sentido, com sentido equivalente ou complementar e "etiquetamos" com as letras A, B, C, etc.
- Quinto: criamos para cada agrupamento (A, B, C, etc) uma IC síntese que expressasse da melhor maneira possível todas as ICs e ACs com o mesmo sentido, com sentido equivalente ou complementar.
- Sexto passo: construímos o DSC, utilizando o Instrumento de Análise de Discurso 2.

Para construção do discurso foi necessário lançar mão de algumas regras: ter começo, meio e fim; ir do mais geral para o menos geral e mais particular; proceder à normalização a fim de desparticularizar o depoimento, evitar repetições de idéias, tornar o discurso conciso e coeso, utilizando todo o material das ECHs e buscando a semelhança com um discurso individual.

Importante ressaltar que no DSC a categoria não funciona como um signo ou representante do pensamento, mas como um nome ou denominação deste, com o objetivo de individualizar um discurso em relação a outro. As categorias continuam agrupando os discursos de sentido semelhante, mas o sentido desses discursos não fica restrito às categorias, incorporando, além delas, os respectivos conteúdos discursivos e argumentativos presentes nos discursos individuais.[13]

Assim, o DSC é um discurso-síntese, construído com base nas ECHs dos discursos individuais semelhantes ou complementares emitidos pelos sujeitos da pesquisa respondendo sobre determinado tema, no caso em questão, a prática da episiotomia. O discurso das mulheres foi grafado em itálico, sem aspas e redigido na primeira pessoa do singular, expressando o pensamento que é compartilhado social e coletivamente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 16 puérperas atendidas na Instituição de Saúde. Todas as mulheres participantes se encontravam em idade fértil, ou seja, com intervalo de idade de 18 a 33 anos. A média de idade encontrada foi de 22,6 anos, com mediana e moda de 24 e 18 anos, respectivamente, mantendo um desvio-padrão de 4,2 anos. Isso evidencia que as mulheres atendidas pelo hospital durante o período de coleta de dados deram à luz em idade jovem, momento ideal para o desencadeamento do processo de gestação com menor risco de agravos ou complicações à saúde.

Após a análise das entrevistas e identificação das ICs e das ACs, as que tiveram o mesmo sentido, sentido equivalente ou mesmo complementar foram agrupadas em categorias, assim nominadas:

A) Facilita ao bebê sair mais rapidamente.
B) Precisa fazer quando é o primeiro filho.
C) Para não machucar e não fazer tanta força.
D) Para não doer e sofrer.
E) Para não rasgar.
F) Para não ficar aberta.
G) É para o bem.
H) É melhor que corte na barriga.

A seguir, apresentamos cada um dos discursos formulados e suas respectivas discussões.

Reme.indd 434 12/06/2008 09:38:12

DSC 1 – Facilita ao bebê sair mais rapidamente

Pra mim é normal. Esse corte é pro neném sair mais fácil, facilita a passagem, a saída dele. Faz o corte pra criança ficar mais fácil dela sair, né? Porque você leva o pique e sente que o neném escorrega mais fácil né? Facilita o parto. Acho que é pro menino sair, ajuda a criança passar e sair mais rápido da gente. Foi bom que ajudou, foi bem mais rápido o parto, né?

O DSC construído com as falas das mulheres mostra que o objetivo da episiotomia para elas era facilitar o processo do nascimento, colaborando na expulsão do bebê. Isso demonstra que a crença médica disseminada há séculos pela obstetrícia de que a episiotomia ajuda na expulsão do feto permanece arraigada na cultura da população.

Para as mulheres, o grande facilitador do parto vaginal é a episiotomia, ou seja, é necessária a realização de uma abertura maior do intróito vaginal para que o bebê saia com maior facilidade. Denota, também, a representação de que seu corpo (vagina) não é adequado para o nascimento do bebê fisiologicamente.

Evidenciou-se, assim, que a maioria das mulheres acredita que a realização da episiotomia durante o parto vaginal tem como objetivo a facilitação da expulsão do feto, sendo benéfica para mãe e filho.

DSC 2 – Precisa fazer quando é o primeiro filho

Toda mulher, quando é o primeiro filho, tem que dar o pique. O meu era o primeiro que não tinha jeito de sair. É... se não o neném não saía, porque ele não passava. Não tem como o bebê passar sem o pique; crianças são grandes demais, por que como é que o neném vai sair? Porque o neném é grandinho, a cabecinha dele é maior e sem o pique não tem como, não tem jeito.

Chama a atenção o fato de que para as mulheres a intervenção deve ser realizada obrigatoriamente em todos os partos por via baixa, principalmente se for o primeiro filho, justificando que sem o corte que abre o espaço da passagem da criança pelo intróito vaginal não é possível o nascimento dela, ou seja, não acreditam na capacidade do corpo humano (feminino) estar apto para dar à luz fisiologicamente.

Esse discurso demonstra como o saber científico atuou no processo de construção da incapacidade do corpo feminino em dar à luz fisiologicamente. Isso representa o poder da obstetrícia sobre o corpo da mulher, que se baseia na premissa de que os bebês não podem sair sem que as mulheres sejam cortadas, ou seja, seu intróito vaginal deve ser "alargado" para dar passagem ao bebê.[1]

DSC 3 – Para não machucar e não fazer tanta força

Pra não machucar a gente, né? na hora de fazer a força. Pra gente não fazer muita força, porque se não eu acho que eu faria mais força, né? Eu acho. Eu acho que se não tivesse o pique eu ia fazer muito mais força.

O período expulsivo do trabalho de parto é o que demanda maior desempenho materno, pois é nessa fase que acontecem os maiores esforços femininos para a saída do feto. Este, por sua vez, é precedido pelo período de dilatação, na qual a mulher sofre por horas com as dores ocasionadas pelas contrações uterinas que se intensificam de acordo com a proximidade da expulsão fetal. Com isso, as características comportamentais também se modificam: a mulher vai se tornando mais apreensiva, irritada, aflita e ansiosa para que essas dores cessem rapidamente.

Quando chega o período expulsivo, o maior desejo dela é que a criança nasça o mais rápido possível, para que ela sinta o alívio pela cessação das dores e pelo nascimento do bebê e para que possa, finalmente, descansar após tão grande esforço. A episiotomia ocorre justamente no momento em que a cabeça fetal imprime tensão no períneo, por isso é compreensível que pensem que a episiotomia diminui o sofrimento materno.

DSC 4 – Para não doer e sofrer

Pra não doer tanto. Que tá te aliviando ali aquela dor mais depressa possível. Pra diminuir o sofrimento um pouco e pra gente não sofrer tanto, né? Ajuda a não sofrer tanto e o neném também não; sem esse pique a mulher ia sofrer demais; eu mesmo ia ser uma. Com o pique sofre menos. Ajuda a gente e ajuda eles também, né? Ah! É bem melhor. Eu acho que é bem melhor.A gente sofre menos na hora do neném nascer, ajuda bastante, mesmo. Se a gente for pensar bem, é muito bom, apesar de sentir dor. Vai doer de qualquer forma, né? Eu acho que tem que ser feito.

Os argumentos de que a episiotomia rotineira minimiza o sofrimento e o trabalho físico no período expulsivo do processo de parturição foram incorporados pela população feminina, assim como a substituição da laceração por um corte limpo e de fácil reparo.

As informações recebidas por elas levam-nos a crer que a intervenção pode ser benéfica, no entanto percebe-se que essas informações estão incompletas ou mesmo errôneas, pois, de acordo com evidência científica atual, a intervenção, quando realizada rotineiramente, como no cenário em estudo, pode ser mais prejudicial do que benéfica para o binômio mãe-filho. Pode-se apreender que as mulheres não têm a noção dos riscos que a episiotomia pode acarretar, como hemorragia pós-parto, aumento da dor local, edema, infecção e hematoma, dentre outros.

Reme.indd 435 12/06/2008 09:38:12

DSC 5 – Para não rasgar

Foi pra abrir mais um pedaço pro menino sair. Abrir a 'tchana', pro menino sair. Pra ficar maior lá na vagina. Pra ficar com mais espaço e pra ajudar a gente. Porque senão pela força do neném que ele quer fazer nascer, ele vai esticando a mulher, rasga a mulher sem o pique, porque alguns falam que vai rasgar! Se não fosse rasgar, acho que não precisava dar o pique não, porque dói e incomoda depois demais. Muitas rasgam também, né? Mas a maioria faz o pique. Porque senão rasga a vagina. As que não fazem o pique é porque rasgam. Igual uma colega do quarto, lá. Ela não fez o pique e rasgou. O pique é porque precisa, se não cortar rasga sozinho, vai sair rasgando tudo, aí eu acho que é pior, eu penso assim. Fazer o pique é melhor que rasgar, o rasgar rasga por si né, eu acho, né?

DSC 6 – Para não ficar aberta

Pra gente não ficar aberta, né? Pra ficar fechadinho e voltar ao normal, né? a vagina. Ah! Eu acho isso. O corte e a costura, pra não ter lesão e ficar mais fechadinho.

Analisando este discurso, pode-se afirmar que as mulheres preferem o corte a laceração ou "rasgo". Nota-se que para essa população essa troca é benéfica, visto que é melhor possuir um corte cirúrgico realizado pelo profissional para o seu benefício do que o bebê sair "rasgando" durante o nascimento.

A crença da população estudada de que a episiotomia é melhor do que a laceração se dá em razão das idéias difundidas pela obstetrícia de que a sutura do corte cirúrgico aperta a vagina, garantindo um bom desempenho sexual ou agradando melhor ao marido, além de ser esteticamente menos agressivo. Outro fator que contribui para esse pensamento é que a intervenção é realizada sob anestesia local e, portanto, a mulher não deve sentir dor, ao contrário da laceração.

É notória que a medicina e seus profissionais ainda exercem grande influência no modo de pensar de uma sociedade, pois as palavras e os ensinamentos oferecidos, mesmo que tenham sido disseminados há séculos, são primordiais para a definição de um evento pela população, principalmente no que tange ao processo de parturição.

Observou-se em nosso estudo que as mulheres entrevistadas acreditam na concepção de que a intervenção realmente facilita o nascimento e que também é melhor que uma laceração, demonstrando a influência do obstetra e suas crenças no pensamento feminino. Acreditamos que essa grande interferência da obstetrícia na maneira de pensar da população ocorra em razão do poder adquirido pelos profissionais da área perante as pessoas com menor conhecimento sobre o corpo humano, visto que quem detém o saber é considerado mais forte.

A discussão sobre os malefícios da episiotomia pode ser considerada recente, portanto não houve tempo suficiente para a população em geral absorver essa mudança, mesmo porque essa discussão não se iniciou no interior da academia, e, sim, nas organizações não-governamentais (ONGs) em prol das mulheres, portanto ainda inacessível para a maioria.

Esse dado apenas confirma as assertivas de outros autores de que ainda persiste no Brasil a crença entre as mulheres de que o parto vaginal não pode ser realizado sem o corte e a posterior sutura, que aperta a vagina, para garantir a condição anterior ao parto e com isso não perder o interesse sexual de seu parceiro.[1, 14-15]

A representação da vagina como "usada", "lacerada" ou "frouxa" é motivo de intensa desvalorização das mulheres sendo sustentada tanto pela cultura do profissional quanto pela cultura popular.[14] A analogia de que depois do parto a mulher ficaria frouxa, aberta e que a episiorrafia devolveria a mulher a sua condição virginal é o apelo proposto e utilizado pelos profissionais da obstetrícia,[1, 14] que, por sua vez, foi assimilado pela cultura brasileira.

A episiotomia no Brasil, assim como o seu "ponto do marido", funciona no imaginário dos profissionais de saúde, parturientes e seus parceiros como promotores de uma vagina corrigida, simbolicamente condizente com a cultura sexual.[1] Desse modo, as mulheres tendem a querer a episiotomia, pois acreditam que sem intervenção vão ficar com problemas sexuais e com a vagina flácida após o parto vaginal.

A necessidade masculina de um orifício devidamente continente e estimulante para a penetração seria resolvida pelo procedimento médico[14], visto que se a mulher não for submetida a intervenção ela poderá ficar com sua genitália "relaxada" e, conseqüentemente, seu parceiro ou companheiro se desinteressaria por ela. Caracteriza-se, assim, a relevante significância das relações de gênero, evidenciando mais uma vez que o masculino é mais valorizado e privilegiado, sendo mais importante para a mulher que o homem se sinta satisfeito sexualmente, enquanto sua satisfação sexual é renegada.

A crença de que o tônus vaginal é preservado pela intervenção retrata, mais uma vez, uma representação social. Trata-se de mais uma informação errônea sobre a questão, difundida pelos profissionais da obstetrícia[15] como se evidencia na literatura científica de autoria de um dos mais renomados obstetras brasileiros[16] de que a passagem do feto pelo anel vulvoperineal é raramente possível sem lesionar a integridade dos tecidos maternos, com lacerações e roturas, condicionando a frouxidão irreversível do assoalho pélvico.

No entanto, as evidências científicas demonstram o contrário: que a intervenção não confere sua proteção contra frouxidão como muitos obstetras fizeram crer. Uma das pioneiras do movimento pela humanização[17] a define como uma forma de mutilação genital, convergindo com a opinião de outros autores.[1,14,18] A Rede Feminista de Saúde ainda acrescenta que a episiotomia está associada não a uma vida sexual enriquecida, mas à substituição

Reme.indd 436 12/06/2008 09:38:12

do tecido muscular e erétil da vulva por fibrose e ao aumento da dor durante o coito, resultando, também, na maior demora da retomada a vida sexual pós-parto, além de deformidades vulvares.[1]

Apesar da evidência científica de que a dor a durante a relação sexual é maior no pós-parto das mulheres que se submeteram à episiotomia, essa questão foi citada somente por uma puérpera.

DSC 7 – É para o bem

Se for necessário, se for pro bem, né? tem que fazer. Acho que o médico não faria uma coisa se fosse pro mau, né? Se tiver necessidade tem que fazer. Se doer um pouquinho, tem que suportar! Se é necessário, né? No meu eu acho que foi necessário, porque se não fosse a médica não teria feito, né? Se ela fez foi porque teve necessidade.

Analisando o discurso acima, observa-se que as mulheres acreditam fielmente nos dizeres e condutas estabelecidas pelos profissionais de saúde que as assistem durante o processo de parturição. Expõem, assim, o poder adquirido por eles diante das pessoas com menor conhecimento sobre o corpo humano e, desse modo, o profissional que atende ao parto se transforma no agente ativo desse processo e numa figura de apoio que se fortalece enquanto dono e protagonista da situação, representando a relação desigual de poder existente entre estes e seus pacientes.

Caracterizou-se também, neste estudo, que as mulheres preferem dar à luz por via baixa, mesmo quando é realizada a episiotomia, dado que corrobora com recentes publicações que trazem à luz a discussão sobre a preferência das mulheres brasileiras pela via de parto. Acresce-se, ainda, o fator da influência do profissional da obstetrícia na decisão pela via de parto.[19-20]

DSC 8 – É melhor que corte na barriga

É feito pra evitar o corte na barriga, que é feio demais e depois... Ah, eu acho ruim o corte na barriga daquele tamanho, e depois não tem como você cuidar do seu filho, fica aquela cicatriz horrorosa na barriga. Eu escolhi o pique, que ia fazer força demais, mas eu preferi o pique.

Os saberes científicos influenciam fortemente na construção do pensamento feminino. Esses saberes, acrescidos pelo desconhecimento das mulheres sobre seus direitos sexuais e reprodutivos, conduzem à aceitação da assistência obstétrica impessoal e intervencionista fazendo parte da rotina "normal" do atendimento ao processo de nascimento e a conceituação da episiotomia como um procedimento essencial ao parto via vaginal. Assim, observa-se que, para as mulheres, a condição de dominação exercida pela obstetrícia é tida como um processo benéfico e inerente ao nascimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar das evidências científicas atuais, que apresentam o uso rotineiro da episiotomia como prejudicial, percebe-se que as principais envolvidas no processo de parturição ainda desconhecem esse fato. A maioria das mulheres participantes da pesquisa acredita que a finalidade da intervenção é facilitar a saída do bebê, prevenir a ruptura do períneo e o suposto afrouxamento vaginal. Essas crenças se alicerçam em concepções que foram definidas empiricamente e defendidas há séculos pelos profissionais da obstetrícia sob a justificativa de que beneficiam o binômio mãe/filho, acrescendo o benefício indireto ao marido.

Observou-se nas falas das puérperas que a episiotomia também está impregnada na cultura feminina como "normal" e inerente ao parto por via vaginal, evidenciando a representação da normalidade com que a intervenção é vista pela população, pelos profissionais de saúde e pelas instituições hospitalares.

Desse modo, o profissional que assiste o parto se transforma no agente ativo do processo de parturição e numa figura de apoio que se fortalece enquanto donos e protagonistas da situação. A representação de que sem sua intervenção o parto evoluiria de maneira mais dolorosa para a parturiente é de senso comum tanto para os profissionais quanto para as mulheres.

É necessário que os profissionais da obstetrícia reavaliem suas práticas de atendimento à parturiente, considerando as evidências científicas e as condutas individualizadas. Nesse sentido, é primordial estimular o desenvolvimento de modelos de atendimento mais humanizados, almejando a sensibilização desses profissionais para que respeitem a singularidade de cada parturiente.

REFERÊNCIAS

1. Rede Feminista de Saúde. Direitos sexuais e direitos reprodutivos. Dossiê Humanização do Parto. São Paulo(SP): Rede Feminista de Saúde; 2002.
2. Organização Mundial de Saúde (OMS). Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra: Saúde Materna e Neonatal, Unidade de Maternidade Segura Saúde Reprodutiva e da Família Organização Mundial de Saúde; 1996.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Parto, Aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.
4. Goldberg J, Holtz D, Hyslop T, Tolosa JE. Has the use of routine episiotomy decreased? Examination of episiotomy rates from 1983 to 2000. Obstet Ginecol. 2002; 99 (3): 395-400.
5. Carroli G, Belizan J. Episiotomy for vaginal birth (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2007. Oxford: Update Software; 2007.
6. Tomasso G. Debemos seguir haciendo la episiotomia em forma rutinaria? Rev Obstet Ginecol Venezuela. 2002; 62 (2):155-61.
7. Althabe F, Belizan JM, Bergel E. Episiotomy rates in primiparous women in Latin American: hospital based descriptive estudy. BMJ. 2002; 324 (7343): 945-6.
8. Lefèvre F, Lefèvre AC. Pesquisa qualitativa levada a sério. São Paulo, 2003. [Citado em 26 jun. 2004]. Disponível em: http://hygeia.fsp.usp.br/quali-saude/Discurso_o_que_e.htm.
9. Victora CG, Knauth DR, Hassen MNA. Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema. Porto Alegre (RS): Tomo Editorial; 2000.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996.

Reme.indd 437 12/06/2008 09:38:12

Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1997.
11. Lefèvre F, Lefèvre AC. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: Educas, 2003. 256p.
12. Lefèvre F, Lefèvre AC. Operadores do discurso do sujeito coletivo. [Citado em: 01 mar. 2004]. Disponível em: http://hygeia.fsp.usp.br/quali-saude
13. Lefèvre F, Lefèvre AC. O pensamento coletivo como soma qualitativa. São Paulo, 2003. [Citado em: 01 mar. 2004]. Disponível em: http://hygeia.fsp.usp.br/quali-saude/soma.htm.
14. Diniz CSC. Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Medicina - Universidade de São Paulo-USP; 2001.
15. Diniz CSC. Campanha pela Abolição da Episiotomia de Rotina. [Citado em Junho 2003]. Disponível em: http://www.amigasdoparto.com.br (text/html)
16. Rezende J, Montenegro CAB. Obstetrícia fundamental. 9ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2003.
17. Kitzinger S, Simkin P. Episiotomy and the second stage of labor. 2ª ed. Seattle: Pennypress; 1984.
18. Pereira WR. O Processo de medicalização do corpo feminino. In: Sacavone L, Batista LE, Organizadores. Pesquisas de gênero: entre o público e o privado. Araraquara (SP): Saboratoni e Editorial Unesp / Cultura Acadêmica Editorial; 2000. p.127–152.
19. Osis MJD, Pádua KS, Duarte GA, Souza TR, Faúndes A. The opinion of Brazilian women regarding vaginal labor and cesarean section. Int J Gynecol Obstet Suppl. 2001; 75: 59-66.
20. Faúndes A, Pádua KS, Osis MJD, Cecatti JG, Sousa MH. Opinião de mulheres e médicos brasileiros sobre a preferência pela via de parto. Rev Saúde Pública. 2004; 38(4): 488-94.

Data de submissão: 7/8/2007
Data de aprovação: 1º/4/2008

Reme.indd 438 12/06/2008 09:38:12

ALTERAÇÕES CÉRVICO-UTERINAS EM MULHERES ATENDIDAS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE CAMPINAS-SP

ALTERATIONS IN THE UTERINE CERVIX IN WOMEN TAKEN CARE OF IN A BASIC HEALTH UNIT IN CAMPINAS-SP

ALTERACIONES CÉRVICO-UTERINAS EN MUJERES ATENDIDAS EN UNA UNIDAD BÁSICA DE SALUD DEL MUNICIPIO DE CAMPINAS-SP

Jaqueline de Oliveira Santos[1]
Sueli Riul da Silva[2]
Celina Fernanda dos Santos[3]
Madalena C. S. Araújo[3]
Sueli Dias Bueno[3]

RESUMO

Trata-se de um estudo quantitativo, retrospectivo-exploratório, cujo objetivo é identificar a freqüência de alterações cérvico-uterinas e o perfil das mulheres com resultado alterado no exame de colpocitologia oncótica colhidos em uma Unidade Básica de Saúde em Campinas-SP. A coleta de dados foi realizada por meio da análise dos prontuários das mulheres que apresentaram alteração no exame durante o ano de 2004, utilizando-se um questionário como instrumento. As informações obtidas foram transferidas para uma planilha do programa Epi-Info, para compilação e análise estatística descritiva. Em 2004, foram colhidos 1 982 exames no local, dos quais 24,7% estavam alterados. Foram analisados 433 prontuários, nos quais 47,8% das mulheres tinham idade inferior a 30 anos, a maioria (61,5%) iniciou sua atividade sexual com menos de 18 anos; 52,9% delas utilizavam contraceptivos hormonais; e apenas 12,8% utilizavam o preservativo. As principais alterações apresentadas foram a vaginose bacteriana, causada pela *Gardnerella vaginalis*, constituindo 52,9% das alterações; a candidíase, causada pela *Candida sp* em 15,0%; e a presença de cocobacilos em 15,5% dos exames. A presença de neoplasia intracervical grau I associado ao HPV emergiu em 1,8% dos prontuários analisados e somente 0,7% apresentaram NIC em graus mais avançados. Esses dados auxiliam no planejamento de estratégias para a prevenção primária do câncer cervical local. É importante a elaboração e o estímulo de programas de educação e rastreamento nessa população, para que haja redução na morbimortalidade feminina em razão das neoplasias uterinas.

Palavras-chave: Neoplasias do Colo Uterino/diagnóstico; Neoplasias do Colo Uterino/prevenção & controle. Esfregaço Vaginal

ABSTRACT

This is a quantitative, retrospective-exploratory study with the aim of identifying the frequency of alterations in the uterine cervix and the profile of the women with altered results in the oncotic colpocytology examination in a Basic Health Unit in Campinas, in São Paulo. Data collection was carried out by an analysis of the medical register of the women who showed alterations in examinations during 2004, using a questionnaire as an instrument to collect data. The information gathered was transferred to a spread sheet of the Epi-info program, for compilation and analysis of descriptive statistics. In 2004, there were 1982 examinations, of which 24.7% showed alterations. 433 medical registers were analyzed, where 47.8% of the women were under the age of 30, and the majority (61,5%) initiated their sexual activity before the age of 18; 52.9% used hormone contraceptives and only 12.8% reported the use of condoms. The main alterations found were bacterial vaginosis caused by the *Gardnerella vaginalis*; 52.9%, candidiasis caused by the *Candida sp* in 15,0% and Cocobacilos in 15,5%. The presence of cervical intraepithelial neoplasm grade I associated with the HPV emerged in 1,8% of medical registers and only 0,7% had NIC in more advanced grades. These data are useful in planning strategies for the primary prevention of local cervical cancer. The elaboration and the promotion of education and surveillance programs in this population is important, in order to reduce morbidity and mortality due to uterine neoplasms.

Key words: Uterine Cervical Neoplasm/diagnosis; Uterine Cervical Neoplasm/prevention & control; Vaginal Smears.

RESUMEN

Se trata de un estudio cuantitativo, retrospectivo-exploratorio con el objetivo de identificar la frecuencia de alteraciones cérvico-uterinas y el perfil de las mujeres con resultado alterado en el análisis de colpocitología oncótica colectado en una Unidad Básica de Salud de Campinas, San Pablo. La recogida de datos se realizó analizando los expedientes de las mujeres que presentaron alteraciones en 2004 con un cuestionario usado como instrumento. Las informaciones obtenidas fueron transferidas a una planilla del programa Epi-info, para compilación y análisis estadístico descriptivo. En 2004 se colectaron 1.982 análisis de los cuales el 24,7% estaba alterado. Se analizaron 433 expedientes: el 47,8% de las mujeres tenía menos de 30 años y la mayoría (61,5%) inició su actividad sexual antes de los 18 años; 52,9% utilizaba anticonceptivos hormonales y sólo un 12,8% usaba preservativos. Las principales alteraciones presentadas fueron la vaginitis bacteriana causada por *Gardnerella vaginalis*, constituyendo 52,9% de las alteraciones, candidiasis causada por *Candida sp* en 15,0% y presencia de cocobacilos en 15,5% de los análisis. La presencia de neoplasia intracervical grado I asociada al HVP se observó en 1,8% de los expedientes analizados y solamente un 0,7% presentó NIC en grados más avanzados. Estos datos ayudan a planificar las estrategias para la prevención primaria del cáncer cervical local. Es importante elaborar y fomentar programas de educación y rastreo en esta población para lograr reducción en la morbi-mortalidad femenina causada por neoplasias uterinas.

Palabras clave: Neoplasias del Cuello Uterino/diagnóstico. Neoplasias del Cuello Uterino/preveniión & control. Frotis Vaginal.

[1] Enfermeira. Especialista em Enfermagem Obstétrica. Mestre em Enfermagem pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Professora Assistente II da Universidade Paulista de Campinas. São Paulo, Brasil.
[2] Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. São Paulo, Brasil.
[3] Enfermeira pela Universidade Paulista de Campinas. São Paulo, Brasil.
Endereço para correspondência: R. Dr. Antônio Sousa Campos, nº 188 apartamento 11. Bairro Cambuí. Campinas-SP, Brasil – CEP 13024 220. Telefones: (19) 3294 0332 ou (19) 8122 7310 (celular). E-mail: jaqueoliveira1@hotmail.com; ou. jack.oliver@uol.com.br

Reme.indd 439 12/06/2008 09:38:12

INTRODUÇÃO

O exame de colpocitologia oncótica é conhecido como exame de Papanicolaou, citologia oncótica, citologia oncológica, Pap Test e exame preventivo. O método foi criado graças às pesquisas do médico grego Dr. George Nicholas Papanicolaou que, em 1923, divulgou sua descoberta em uma conferência médica. Ele havia descoberto um mecanismo de prevenção do câncer de colo do útero, porém não houve grande repercussão na época.[1]

Em 1943, vinte anos depois, seu trabalho foi apresentado em outro congresso médico, onde finalmente obteve sucesso, que permanece até hoje. A partir dessa data, passou-se a utilizar o exame de citologia diagnóstica, analisando-se as alterações celulares das regiões da cérvix e da vagina, além das alterações apresentadas nas diferentes fases do ciclo menstrual.[1]

Essa citologia foi desenvolvida para identificação, no microscópio, de células malignas ou pré-malignas no colo uterino. Tais células são colhidas na região do orifício externo do colo uterino e do canal cervical, posteriormente esse material é colocado em uma lâmina transparente de vidro, fixado, corado e avaliado por meio de exame microscópico. É necessário respeitar as regras de coleta a fim de que o teste seja eficiente A fixação e a leitura das lâminas e o esfregaço cervicovaginal deve conter células representativas da ectocérvice e da endocérvice, preservadas e em número suficiente para o diagnóstico morfológico.[1]

O exame citológico de Papanicolaou é o método de excelência na avaliação do grau de alteração celular do epitélio escamoso cervical. Para classificação dos resultados dos exames, o sistema de Bethesda é o mais utilizado. Ele classifica as anormalidades do epitélio escamoso cervical em: lesão intra-epitelial de baixo grau, lesão intra-epitelial de alto grau, atipias celulares de significado indeterminado (ASCUS) e carcinoma invasor.[2]

O Brasil foi um dos pioneiros a utilizar esse exame nos serviços de saúde pública há cinqüenta anos. Embora tenha sido um dos primeiros países no mundo a introduzir a citologia de Papanicolaou para a detecção precoce do câncer de colo uterino, essa doença continua a ser um sério problema de saúde pública,[1,3] pois ainda constitui a segunda maior causa de óbito por câncer feminino no País.[3]

A colpocitologia oncótica é uma forma significativa de rastreamento e diagnóstico da doença. Trata-se de um exame simples, de fácil execução e de baixo custo, que pode ser realizado em Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou Ambulatórios e é de extrema importância para a redução das taxas de morbimortalidade por câncer de colo uterino em nosso país.[4]

O percentual de mulheres brasileiras beneficiadas pelo exame ainda é muito reduzido: sua cobertura não ultrapassa 8% das mulheres com idade superior a 20 anos, contrariando as recomendações estabelecidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que estabelece uma cobertura de 85% da população feminina de risco para se obter um impacto epidemiológico visando à redução do índice da patologia.[5]

A OMS menciona as baixas condições socioeconômicas, início precoce da atividade sexual, multiplicidade de parceiros, precárias condições de higiene, tabagismo e uso prolongado de métodos contraceptivos como fatores de risco para o desenvolvimento do câncer cervical. Acrescenta ainda a história de doenças transmitidas durante a relação sexual, principalmente o vírus papiloma humano (HPV), como fator de risco de grande significância para o desencadeamento da patologia.[5]

A diversidade de condições das mulheres atendidas em serviços públicos de saúde, como as UBS, indica a necessidade de reavaliações periódicas, por meio das quais os profissionais de saúde podem estabelecer metas de assistência, orientação e tratamento, respeitando as características apresentadas pela população para melhor atender-lhe as necessidades.

A identificação das alterações mais freqüentemente encontradas nos resultados de exame colpocitológico permite a redefinição das necessidades da população atendida na região e o redimensionamento das práticas de saúde adotadas na Unidade. Por isso, neste estudo, pesquisamos as alterações mais freqüentes encontradas nos resultados do exame colpocitológico das mulheres atendidas em uma UBS localizada no município de Campinas, interior do Estado de São Paulo.

Conhecendo as características da população atendida na UBS, contribuiremos para o maior conhecimento sobre a epidemiologia das vulvovaginites, das infecções e das neoplasias intracervicais entre as mulheres da área de cobertura da referida UBS. Acreditamos que, dessa forma, podemos dar subsídio à Unidade para o desenvolvimento de atividades de saúde que enfoquem essas mulheres, para que possamos realizar ações preventivas de maior impacto e de melhor resultado, alcançando de maneira mais específica e abrangente a saúde sexual e reprodutiva das mulheres.

OBJETIVOS

- Determinar a freqüência de alterações cérvico-uterinas nos exames colpocitológicos colhidos em 2004 em uma Unidade Básica de Saúde.
- Identificar as alterações mais freqüentes nos resultados de exame colpocitológico.
- Analisar as características sociodemográficas e de saúde das mulheres que tiveram alterações no resultado do exame colpocitológico.

MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo do tipo retrospectivo-exploratório, com abordagem quantitativa, foi realizado em uma

Reme.indd 440 12/06/2008 09:38:13

UBS do município de Campinas, interior do Estado de São Paulo. Essa UBS é responsável pela cobertura de aproximadamente 52 mil usuários, na sua maioria (90%) dependentes do Sistema Único de Saúde (SUS), divididos em seis Equipes Locais de Referência, que constituíram os Módulos de Saúde do Programa de Saúde da Família (PSF).

A colheita de material cérvico-vaginal para a realização do exame preventivo do câncer do colo uterino é feita como rotina na UBS em horários específicos, no cronograma semanal das equipes do PSF. A coleta do material faz parte da consulta de enfermagem em ginecologia, como também da consulta médica. O material coletado é encaminhado e avaliado pelo Laboratório de Citologia Oncótica da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

Após a avaliação, os resultados retornam à UBS, onde são reavaliados, e os resultados alterados são avaliados pelos enfermeiros ou médicos. Quando uma lesão precursora de câncer é identificada, faz-se o agendamento de colposcopia para a mulher na própria UBS, para diagnóstico e tratamento, conforme o grau da lesão e de acordo com o Protocolo da Saúde da Mulher elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Os casos positivos para câncer são encaminhados aos serviços de referência, as demais alterações são tratadas também na UBS. Após o tratamento, a paciente é acompanhada para detectar lesões residuais ou recorrentes, sendo solicitada coleta anual do exame preventivo.

A coleta de dados deu-se no período de janeiro a abril de 2005 e foi realizada pelas próprias pesquisadoras, por meio da análise dos prontuários. Foram levantados todos os exames cujos resultados apresentaram algum tipo de alteração no período de janeiro a dezembro de 2004.

Utilizou-se como instrumento de coleta de dados um questionário contendo questões do tipo fechada, com o objetivo de analisar as informações referentes ao perfil das mulheres, como idade, escolaridade e estado civil, idade de início das atividades sexuais, uso de método contraceptivo e de preservativo nas relações sexuais, além da alteração encontrada no exame e da periodicidade da realização da colheita de material.

De posse dos dados, estes foram transferidos para uma planilha do programa Epi-Info para análise, elaboração de gráficos e compilação dos resultados, sendo realizada uma análise estatístico-descritiva. As informações são apresentadas neste estudo na forma descritiva e tabular.

Ressalte-se que a pesquisa desenvolveu-se somente após a avaliação e a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Paulista e a autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas-SP.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em 2004, foram realizadas 1 982 coletas do exame de colpocitologia oncótica na referida UBS. Desses exames, 489 (24,7%) estavam alterados, enquanto 127 (6,4%) não tinham o resultado registrado no livro de controle interno da Unidade. A média de exames alterados encontrados em nosso estudo equivale à média encontrada por outro estudo realizado em Campinas em 2004, que obteve 26,0% de alterações nos exames.[6]

Do total de exames que apresentaram alterações seis (1,2%) eram eventuais, ou seja, as mulheres não possuíam número de prontuário, pois não residiam na área de abrangência da unidade. Não foram localizados 50 prontuários por vários motivos, dentre os quais podemos citar a não-constância do nome da cliente no prontuário, prontuário não localizado, não encontrado exame ou relato de exame colpocitológico com a alteração descrita no livro, dentre outros. Pode-se observar um descuido por parte dos profissionais responsáveis pelo serviço. O significado dessa ocorrência é a perda da informação, de caráter analítico, bem como o insucesso da proposta de rastreamento e detecção precoce da doença.

Vale ressaltar que a UBS onde foi desenvolvido o estudo passou por um processo de reorganização interna onde se descentralizou a recepção, e talvez essa transição tenha contribuído para não atingirmos a totalidade dos prontuários que seriam avaliados. Assim, foram levantados e analisados 433 prontuários.

Por meio da análise dos dados, evidenciou-se que existe baixa cobertura de realização do exame de Papanicolaou na Unidade. Apenas 14% da população feminina da área de cobertura realizou o referido exame. Essa taxa de cobertura é menor que a média da cidade de Campinas, que no referido ano, segundo estatísticas da UNICAMP, atingiu a taxa de 23% de cobertura desse exame.6 Autores sugerem que uma cobertura ideal seja de aproximadamente 30% das mulheres, o que está longe da realidade da UBS.[1] Acrescenta-se que nesse cálculo não estão incluídos os exames realizados pelo setor privado.

Entre as alterações evidenciadas nos exames, identificamos que mais da metade (52,9%) apresentou contaminação pelo agente *Gardnerella vaginalis*, sendo considerado o agente etiológico que mais causou alteração em nosso estudo, conforme observado na Tabela 1. Em seqüência, com uma freqüência de 15,5% apareceu o fungo *Candida sp*, causador da candidíase vaginal, e a presença da flora cocobacilar, que foi identificada em 15,0% dos resultados.

Reme.indd 441 12/06/2008 09:38:13

TABELA 1 – DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES COM RESULTADO DE PAPANICOLAOU ALTERADO, SEGUNDO A ALTERAÇÃO APRESENTADA NA COLPOCITOLOGIA ONCÓTICA. CAMPINAS, 2004

Alterações colpocitológicas	Freqüência	Porcentagem
	(N)	(%)
ASCUS	8	1,8
Candida sp	65	15,0
Chlamidia trachomatis	4	0,9
Flora cocobacilar	67	15,5
Flora mista	17	3,9
Trichomonas vaginallis	6	1,4
Gardnerella vaginalis	229	52,9
Gardnerella + Trichomonas vaginallis	18	4,1
Gardnerella vaginallis + HPV	1	0,2
Gardnerella vaginallis + HPV + NIC I	3	0,7
HPV + NIC I	8	1,8
HPV	2	0,5
NIC I	2	0,5
NIC II	1	0,2
NIC III	2	0,5
Total	433	100,0%

Fonte: UBS – Campinas, 2004.

Apenas 6,8% das alterações evidenciaram a presença de dois ou mais microrganismos, dos quais 11 casos apresentaram a presença de neoplasia intracervical leve (NIC I) associado ao Papiloma Vírus Humano – HPV. Destacamos que somente 3 mulheres apresentaram neoplasia cervical em estádios mais avançados – NIC II e III.

Observa-se que os dados obtidos no estudo são muito semelhantes aos apresentados pelo município de Campinas, onde o agente *Gardnerella vaginalis* esteve presente em 51,0% das alterações e a *Candida sp* em 12,0%, enquanto outras alterações foram apresentadas em 36,0% das amostras do exame.[6]

A OMS estima que, a cada ano, ocorram no mundo 340 milhões de casos novos das principais doenças sexualmente transmissíveis (DST) curáveis (sífilis, gonorréia, clamídia e tricomoníase), entre os quais 38 milhões ocorrem na América Latina e no Caribe, região que conta com profissionais altamente capacitados, excelentes experiências em prevenção, vigilância e assistência as DST e inúmeras instituições públicas e privadas que têm tradição de atuação na área.[3]

No Brasil, ocorrem cerca de 12 milhões de DST ao ano. Como a notificação dos casos de DST não é compulsória e como cerca de 70% das pessoas com alguma doença DST buscam tratamento em farmácias, o número de casos notificados fica muito abaixo da estimativa da OMS – cerca de 200 mil casos/ano.[3]

Boa parte das doenças transmitidas pelo sexo é sintomática, mas pode ser assintomática. Os sinais e sintomas freqüentemente referidos são as leucorréias, que podem se apresentar de aspectos variados de acordo com o agente etiológico da patologia, seja ele vírus, seja bactéria, fungo ou protozoário.

Os principais agentes etiológicos virais são o vírus da imunodeficiência adquirida(HIV) e o HPV. As bactérias são a *Gardnerella vaginalis*, *Chlamídia trachomatis*, *Neisseria gonorrheae*. O principal protozoário é a *Trichomonas vaginallis* e o fungo, a *Candida albicans*.

A *Candida albicans* pode ser um habitante comensal e viver em equilíbrio fazendo parte da microbiota vaginal de algumas mulheres; porém, alguma alteração ocorre no local e um processo infeccioso pode se instalar. É a resposta imune da mulher que vai determinar o sintoma, que poderá ser mais do tipo alérgica do que pela própria presença do microorganismo.[7]

Diante dessa gama de agente causadores de DSTs, é importante o diagnóstico precoce e o tratamento, visando à prevenção de complicações secundárias, como infertilidade, salpingite, endometrite e ruptura de membranas amnióticas durante a gestação, vaginite inespecífica ou vaginose bacteriana causada pela *Gardnerella vaginalis*.[8]

O fato de ocorrer uma mudança do pH local, levando à diminuição da acidez, faz com que a vaginose bacteriana possa predispor a mulher a contrair o vírus HIV. A peroxidase produzida pelos lactobacilos tem efeito viricida e também impede a ativação do linfócito T CD4 localmente. A flora anaeróbica que predomina na vaginose bacteriana parece estimular a expressão do HIV nas células de defesa local.[7]

Já a infecção por clamídia (*Chlamidia trachomatis*), se não tratada, pode causar uretrite, cervicite inespecífica, proctite, bartolinite, doenças inflamatórias pélvica e aborto. A Trichomoníase vaginal ou uretral causada pelo protozoário *Trichomonas vaginalis* pode causar vaginites. Já as infecções por condiloma acuminado (HPV), maior precursor do câncer de colo uterino, conhecido popularmente por "crista de galo" e verruga genital, se não tratado pode causar lesões papilares que, ao se fundirem, formam massas vegetantes com aspecto de couve-flor (verrugas) e câncer de colo uterino e vulva em 99% das mulheres infectadas por esse vírus.[8]

O HPV está associado a quase todos os casos de câncer de colo do útero, sendo responsável pela morte de milhões de mulheres em todo o mundo. O câncer do colo do útero é uma doença de evolução lenta, passível de ser rastreada precocemente e tratada nos estágios iniciais, havendo menor custo e maior chance de sobrevida. A única maneira de detectar se o HPV causou alguma alteração no epitélio cervical é por meio dos métodos diagnósticos morfológicos, como o colpocitologia oncótica, que esta em uso há mais de 50 anos e tem provado ser o método mais efetivo no rastreamento das lesões HPV induzidas.[9]

O diagnóstico da infecção por HPV leva em conta os dados da história, exame físico e exames complementares, como a pesquisa direta do vírus ou indiretamente por

Reme.indd 442 12/06/2008 09:38:13

meio das alterações provocadas pela infecção nas células e no tecido. Entre as técnicas utilizadas para o diagnóstico, recomenda-se o exame citológico com a técnica de Papanicolaou para todas as mulheres sexualmente ativas, independentemente da idade, e é o exame preventivo mais comum. Ele não detecta o vírus, mas, sim, as alterações que ele pode causar nas células. Indicado na rotina de *screening* para o câncer cervical ou na presença, nos genitais, de lesão HPV induzida no sentido de diagnóstico de neoplasia intra-epitelial ou câncer invasor associado.[9]

Com relação à idade das mulheres (Tabela 2), observou-se que quase a metade (47,8%) das que tiveram resultados alterados era jovem para reprodução, ou seja, tinha idade inferior a 30 anos, de acordo com a OMS. A maior prevalência de alterações ocorreu entre 21 e 25 anos de idade, o que representava 17,6% das mulheres. A mediana encontrada para a idade foi de 31 anos.

TABELA 2 – DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES COM RESULTADO DE PAPANICOLAOU ALTERADO, SEGUNDO A IDADE. CAMPINAS, 2004

Idade	Freqüência	Porcentagem	Porcentagem acumulada
(anos)	(N)	(%)	(%)
15 ou menos	07	1,6	1,6
16 a 20	61	14,1	15,7
21 a 25	76	17,6	33,3
26 a 30	63	14,5	47,8
31 a 35	56	12,9	60,7
36 a 40	42	9,7	70,4
51 a 45	42	9,7	80,1
46 a 50	38	8,8	88,9
51 a 55	26	6,0	94,9
56 a 60	12	2,8	97,7
61 ou mais	10	2,3	100,0
Total	433	100,0%	

Fonte: UBS – Campinas, 2004.

Esses dados diferem pouco dos dados do Banco de Dados do Laboratório de Citopatologia da UNICAMP em 2004, que utilizamos como referência. Nesse local, as mulheres com idade inferior a 30 anos representam 38%. A literatura aponta que uma mulher com 25 anos de idade e que iniciou a atividade sexual aos 15 anos tem maior risco de desenvolver câncer de colo uterino que uma mulher da mesma idade, mas que iniciou a atividade sexual com 20 anos, o que demonstra que a idade cronológica não seleciona homogeneamente as mulheres que devem iniciar os controles.[10]

Um estudo sobre epidemiologia da infecção genital pelo HPV e anormalidades no exame colpocitológico em mulheres jovens brasileiras detectou aumento na freqüência de citologias alteradas em mulheres com menos de 26 anos de idade.[11]

O mesmo autor, analisando a associação entre situação conjugal e as alterações do exame, pressupõe que a situação conjugal seja um marcador de outros fatores de risco para essas alterações, pois as mulheres solteiras, em comparação com as mulheres com relacionamento estável, poderiam ter parceiros sexuais com maior probabilidade de estar infectado por microorganismos patogênicos sexualmente transmissíveis, portanto teria maior chance de adquirir infecção.

Entretanto, quando analisamos o estado civil das mulheres que apresentaram os resultados de exame alterados, evidenciou-se que, em quase a metade (46,2%) dos prontuários esse item não foi preenchido. Dos que foram respondidos (200), 29,6% eram casadas e 18,5% solteiras. Mulheres divorciadas, amasiadas ou viúvas somam 5,7%. Esse fato impossibilitou a discussão com relação a esta variável, ressaltando que a literatura aponta que mulheres solteiras sem parceiros fixos constituem fator de risco de aumento da predisposição para o câncer pela multiplicidade de parceiros sexuais.[5]

Em relação à escolaridade, observou-se que 96,1% (416) dos prontuários tinham essa variável ignorada. Das 17 mulheres cuja escolaridade estava descrita, somente 6 (1,4%) possuíam o ensino fundamental completo, enquanto cinco (1,2%) completaram o ensino médio e 0,7% não completaram o ensino fundamental ou médio. Observa-se que o grau de escolaridade das mulheres também é desconsiderado pelos profissionais de atuam na Unidade.

Acredita-se que conhecer a escolaridade das mulheres no momento da consulta é importante para que o profissional estabeleça uma assistência mais centrada nas suas necessidades e para que as atividades de educação e orientação sejam realmente efetivas.

Quanto ao início da atividade sexual, evidenciou-se que 13,9% das mulheres iniciaram sua atividade sexual com 14 anos de idade ou menos; 37,2% com 15 a 17 anos; 18,5% com 18 a 20 anos; e apenas 10% acima dos 21 anos. Dados ignorados somaram-se 20,6% por não terem sido preenchidos. Observa-se que mais da metade das mulheres (69,6%) iniciou suas atividades sexuais com idade inferior a 20 anos.

Comparando esses resultados com os dados de Campinas, observa-se que um índice menor de mulheres (11%) iniciou sua atividade sexual com 14 anos ou menos; enquanto 36,2% iniciaram entre 15 e 17 anos; 26,9% das mulheres iniciaram sua atividade sexual entre 18 e 20 anos; e apenas 16% iniciaram com idade igual ou superior a 21 anos. Evidencia-se que 74,1% das mulheres iniciaram sua vida sexual antes dos 18 anos de idade.

A maior prevalência de alterações entre as mulheres que iniciaram a atividade sexual precocemente pode ser explicado por dois fatores: o primeiro, pela imaturidade do epitélio cervical próprio da idade, pois nessas mulheres o epitélio ainda apresenta a metaplasia própria da idade, tornando-as mais susceptíveis à incorporação e à ação de microorganismos patogênicos; o segundo relaciona-se ao fato de que essas mulheres podem ter maior número de

Reme.indd 443 12/06/2008 09:38:13

parceiros sexuais, o que é um fator de risco para o câncer do colo uterino.[10]

Pressupõe-se que a mulher que inicia sua atividade sexual precocemente esta mais vulnerável às DSTs, principalmente à infecção pelo HPV. Essa afirmativa baseia-se no fato de que quanto mais precoce a mulher se inicia na vida sexual, maior a probabilidade de ela ter mais relações sexuais durante a vida, como também maior o número de parceiros, o que aumenta sua suscetibilidade às DST. Estudos desenvolvidos pela UNICAMP referem que o número de parceiros sexuais durante a vida tem sido constantemente identificado como fator de risco para a infecção por HPV e, conseqüentemente, para o câncer de colo uterino.[10-11]

O tempo de atividade sexual é um parâmetro que pode servir de subsídio para definir quando as mulheres devem iniciar o rastreamento, visto que, após o início das atividades sexuais, a mulher torna-se mais susceptível às DST, aumentando a probabilidade do desenvolvimento de lesões no colo uterino diagnosticáveis por meio do rastreamento, cujo tratamento teria impacto efetivo na diminuição da incidência e mortalidade por câncer de colo uterino.[10]

Em relação ao tipo de método anticoncepcional utilizado pelas mulheres que apresentaram resultados alterados, mais da metade (52,9%) utilizava contraceptivos hormonais, sendo que 42% eram de uso oral e 10,9% injetável; 24,1% relataram que eram laqueadas; 12,8% usavam método de barreira (condon, sem distinção se masculino ou feminino); 8,4% usavam o dispositivo intra-uterino (DIU); 0,4% disse que seus companheiros foram submetidos à vasectomia. O método comportamental chamado coito interrompido foi referido por 0,4% da população; uma pequena parcela (1%) referiu ser histerectomizada.

Apesar de 12,8% das mulheres utilizarem o preservativo como método contraceptivo, somente 7,2% delas o utilizam com freqüência. Acredita-se que, se o preservativo não é usado em todas as relações sexuais, existe o risco de que essas mulheres contraiam alguma doença transmitida pelo ato sexual. Em contraponto, cremos que as mulheres estudadas, em sua maioria, estão predispostas a adquirir alguma DST, pois não se protegem adequadamente durante as relações sexuais utilizando o preservativo.

Ao analisar a relação do uso de métodos contraceptivos ao risco de infecção por HPV, as mulheres usuárias de anticoncepcionais orais podem, independentemente da sua situação conjugal, ter relacionamentos de maior duração e, conseqüentemente, menor número de parceiros sexuais recentes, estando, assim, menos susceptíveis a adquirir uma DST.11

Quanto à periodicidade da coleta do exame colpocitológico (Tabela 3), observou-se que a maior parte (44,8%) das mulheres realiza o exame todo ano, enquanto 27,5% a cada dois anos; 12,2% o realizam numa periodicidade de três anos ou mais.

TABELA 3 – DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES COM RESULTADO DE PAPANICOLAOU ALTERADO, SEGUNDO A PERIODICIDADE DE COLETA DE COLPOCITOLOGIA ONCÓTICA. CAMPINAS, 2004

Período	Freqüência (N)	Porcentagem (%)
Primeiro exame	54	15,5
1 ano	154	44,8
2 anos	95	27,5
3 anos ou mais	47	12,2
Total	386*	100,0%

* 47 prontuários não respondidos.

Fonte: UBS - Campinas, 2004.

Esse dado revela que a maioria das mulheres realiza o exame com a periodicidade preconizada pelo Ministério da Saúde do Brasil em 2004, que recomenda, a princípio, uma periodicidade anual para coleta do exame preventivo a toda mulher com idade entre 29 e 59 anos, que já iniciou sua vida sexual. Após dois exames consecutivos sem alterações, a coleta pode ser realizada a cada dois anos.[8] Entretanto, no nosso ponto de vista, o número de mulheres que realizam o exame a cada três anos é considerado elevado, pois, no caso da presença de neoplasia cervical uterina, sua detecção pode ser tardia, dificultando ainda mais seu tratamento.

CONCLUSÃO

Dos prontuários analisados, 47,8% das mulheres tinha idade inferior a 30 anos e a maioria (61,5%) iniciou sua atividade sexual com menos de 18 anos. Mais da metade das mulheres (52,9%) utilizou contraceptivos hormonais e apenas 12,8% referiram utilizar o preservativo nas relações sexuais. As principais alterações apresentadas foram: a vaginose bacteriana causada pela *Gardnerella vaginalis*, constituindo 52,9% das alterações; a candidíase, causada pela *Candida sp* em 15,0%; e a presença de cocobacilos em 15,5% dos exames. A presença de neoplasia intracervical grau 1 associado ao HPV emergiu em 1,8% dos prontuários analisados e somente 0,7% apresentou NIC em graus mais avançados.

CONSIDERAÇÕES

O maior conhecimento por parte das mulheres sobre as formas de aquisição, fatores de risco e freqüência das infecções sexualmente transmissíveis em um grupo populacional pode contribuir para que elas tenham maior percepção em relação ao risco de desenvolver lesões precursoras e, conseqüentemente, influenciar a adesão delas às atividades de prevenção do câncer cervical e/ou estimular modificações de comportamento associados ao maior risco de aquisição dessas infecções sexualmente transmissíveis.

Cabe ao enfermeiro atuante nos programas de prevenção e controle do câncer cervical, como também de

Reme.indd 444 12/06/2008 09:38:13

doenças transmitidas durante o ato sexual, promover ações que enfatizem mais a importância e a necessidade da realização do exame colpocitológico para que haja efetivo impacto sobre a morbimortalidade pelo câncer cervical nas unidades primárias de saúde.

Acredita-se que a implantação de um programa organizado desenvolvido para essa população seja a melhor estratégia na tentativa de diminuir a incidência das lesões precursoras e mortalidade por câncer do colo uterino, possibilitando, assim, melhoria na qualidade de vida das mulheres.

REFERÊNCIAS

1. Guarisi R. Rastreamento, diagnóstico e tratamento das lesões precursoras do câncer invasor de colo uterino no município de Franco da Rocha, SP [dissertação]. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas/UNICAMP; 2003.
2. Souza JHK, Kalil IV, Leite JM, Geber S. Avaliação de lâminas de colpocitologia oncótica previamente diagnosticadas como ASCUS: comparação interensaio e interobservadores. Rev Bras Ginecol Obstet. 2004; 26(3):233-40.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Prevenção do câncer de colo do útero: manual técnico. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.
4. Barros SMO, Marin HF, Freitas AAC. Enfermagem obstétrica e ginecológica: guia para a prática assistencial. São Paulo: Roca; 2002.
5. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Coordenação de Programas de Controle de Tabagismo. Falando sobre câncer e seus fatores de risco. Rio de Janeiro: INCA; 1996.
6. Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Sistema de informação do programa de controle do câncer do colo uterino. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2004.
7. Feitoza SBN. Avaliação das células de defesa do conteúdo vaginal de mulheres com e sem vulvovaginites [dissertação]. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas/UNICAMP; 2003.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em saúde – Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. Boletim Epidemiológico – Aids e DST. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.
9. Oliveira ERZM. Detecção de infecção genital por papilomavírus humano e anormalidades citológicas em mulheres jovens de baixo risco para doenças sexualmente transmissíveis [dissertação]. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas/UNICAMP; 2002.
10. Morelli MGLO. Lesões citológicas em um rastreamento populacional para câncer do colo uterino e tempo de atividade sexual das mulheres [dissertação]. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas/UNICAMP; 2000.
11. Souza EP. Epidemiologia da infecção genital por HPV e anormalidades na citologia cervical em mulheres jovens brasileiras [tese]. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas/UNICAMP; 2004.

Data de submissão: 19/9/2007
Data de aprovação: 1º/4/2008

Reme.indd 445 12/06/2008 09:38:13

A PERCEPÇÃO DE ADOLESCENTES SOBRE SEXUALIDADE*

PERCEPTION OF ADOLESCENTS ABOUT SEXUALITY

PERCEPCIÓN DE LOS ADOLESCENTES SOBRE LA SEXUALIDAD

José Roberto da Silva Brêtas[1]
Renata de Lima Muroya[2]
Lie Yamaguti Shida[2]
José Rodrigo de Oliveira[2]
Wagner de Aguiar Júnior[2]

RESUMO

Neste estudo, aborda-se a percepção de adolescentes sobre as manifestações da sexualidade no meio em que vivem. A pesquisa foi desenvolvida com 55 adolescentes dos sexos masculino e feminino com idade entre 15 e 18 anos, que freqüentavam uma escola de ensino médio na região de Santo Eduardo do município de Embu, São Paulo. Para a obtenção dos dados, utilizamos como recurso uma oficina com atividade coletiva, alcançando como resultados da análise de conteúdo as categorias: conceitos desvirtuados; conceitos de sexo; sexualidade; influência da mídia; erotismo; pornografia e prostituição. Os resultados indicaram confusão conceitual das terminologias, o que sugere a necessidade de abordá-las nas atividades de orientação sexual que desenvolvemos com adolescentes.

Palavras-chave: Adolescente; Comportamento Sexual; Sexologia; Sexualidade; Educação Sexual.

ABSTRACT

This is a study about adolescents' perception of sexuality in the setting in which they live. It was carried out with 55 teenage boys and girls aged 15 to 18 years old at a high school in Santo Eduardo, in the town of Embú, state of São Paulo. Data was collected through a group workshop and we made a content analysis showing the categories: misconceptions, sex concepts, sexuality; media influence; eroticism; pornography; and prostitution. The results indicate conceptual confusion in the terminology, which suggests the need to cover them in the sexual education activities for adolescents.

Key words: Adolescent; Sexology; Sexual Behavior; Sexuality; Sex Education.

RESUMEN

En este estudio se enfoca la percepción de los adolescentes sobre las manifestaciones de la sexualidad en el medio en que viven. La investigación se llevó a cabo con 55 adolescentes, varones y mujeres, entre 15 y 18 años, de un colegio secundario de Santo Eduardo, ciudad de Embu, Estado de San Pablo. El recurso para recoger datos fue un taller de actividades colectivas; como resultado del análisis de contenido obtuvimos las siguientes categorías: conceptos erróneos, conceptos del sexo, sexualidad, influencia de los medios de comunicación, erotismo, pornografía y prostitución. Los resultados señalan confusión conceptual de la terminología, lo cual sugiere la necesidad de enfocarla en las actividades de orientación sexual desarrolladas con adolescentes.

Palabras clave: Adolescente; Conducta Sexual; Sexología; Sexualidad; Educación Sexual.

* Texto elaborado com base na pesquisa "A sexualidade e saúde reprodutiva de adolescentes que freqüentam algumas escolas no município de Embu", que obedece aos padrões estabelecidos pela Resolução 196/96, Comitê de Ética e Pesquisa da UNIFESP, Processo n° 01038/05.

[1] Professor Adjunto da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). São Paulo, Brasil.
[2] Estudantes do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). São Paulo, Brasil.
E-mail: jrbretas@denf.epm.br

Reme.indd 446 12/06/2008 09:38:13

INTRODUÇÃO

A adolescência é um período no qual há uma significativa maturação corporal, acarretando mudança na personalidade do indivíduo. Segundo Suplicy[1], o indivíduo evolui da organização da infância para a desorganização da adolescência, para mais tarde atingir a reorganização do adulto.

É um período de transição entre a infância e a idade adulta, caracterizado por intenso crescimento e desenvolvimento que se manifesta por marcantes transformações anatômicas, fisiológicas, psicológicas e sociais. É a etapa na qual o indivíduo busca a identidade adulta, apoiando-se nas primeiras relações afetivas, já interiorizadas, que teve com seus familiares e verificando a realidade que a sua sociedade lhe oferece.[2]

O amadurecimento biológico é acompanhado por manifestações sexuais que devem ser integradas à personalidade do adolescente. A menarca, na garota, e as ejaculações involuntárias, no rapaz, e, posteriormente, a própria masturbação são manifestações fisiológicas evidentes, vinculadas à nova e profunda alteração que se está processando psicologicamente. E, a partir desse momento, um dos problemas enfrentados pelo adolescente é o de estender para alguém do sexo oposto, ou não, fora do círculo familiar, os mesmos sentimentos que antes prevaleciam em relação aos pais. Além de orientar sua atenção para fora do ambiente da família, pode o adolescente estabelecer estreita relação com pessoas de maior idade, do outro sexo ou não.[3]

Dessa forma, as mudanças corporais e a sexualidade são, sobretudo, elementos estruturadores da identidade do adolescente. Essa função estruturante é, em grande parte, realizada por meio da representação mental que o adolescente tem de seu corpo, de sua imagem corporal.[4]

A sexualidade é algo que se constrói e se aprende; é parte integrante do desenvolvimento da personalidade, capaz de interferir no processo de aprendizagem, na saúde mental e física do indivíduo.

Nesse contexto, a pessoa que se propõe a falar de sexualidade, seja professor, seja pai, seja mãe, seja formador de opinião, precisa se dispor também a fornecer informações corretas e desprovidas de pré-julgamentos.[4]

Os profissionais de saúde que se propõem a trabalhar com grupos de adolescentes nas Unidades Básicas de Saúde, Escolas ou Centros Comunitários, devem saber que a questão que emerge com muito significado nas discussões é a sexualidade.[5]

São momentos de conflitos desencadeados na adolescência, na qual a orientação sexual assume papel importante. Por meio dela os adolescentes se nortearão em direção ao seu desenvolvimento sexual de forma mais saudável. Nesse processo, escolas, pais, orientadores em potencial e, sobretudo, a mídia, assumem papel de extrema importância, pois deveriam se propor a preencher as lacunas de informações, erradicando tabus e preconceitos, além de abrir discussões sobre as emoções e valores, ampliar e aprofundar a visão sobre a sexualidade, transmitindo aos adolescentes informações corretas ligadas ao prazer, afeto, respeito e responsabilidade com o(a) parceiro(a).

Nesse contexto, com este estudo pretende-se contribuir para com as atividades de orientação sexual que estão sendo desenvolvidas nas escolas públicas de ensino fundamental e de ensino médio no município de Embu, São Paulo. Tais atividades fazem parte das ações promovidas por um Projeto de Extensão Universitária vinculado ao Grupo de Estudos sobre Corporalidade e Promoção da Saúde (GECOPROS) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).[6]

OBJETIVO

O objetivo com este estudo foi identificar a percepção de adolescentes sobre as representações da sexualidade no ambiente em que vivem.

PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa. Nesse tipo de estudo, o pesquisador procura conhecer e interpretar a realidade sem nela interferir para modificá-la. A pesquisa descritiva está interessada em descobrir e observar fenômenos, procurando descrevê-los e interpretá-los. Dessa maneira, deseja-se conhecer a natureza do fenômeno, sua composição e os processos que o constituem ou nele se realizam.[7]

O projeto deste estudo foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de São Paulo, seguindo procedimentos metodológicos norteados por padrões estabelecidos pela Resolução nº 196/96, que trata das Normas de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos.[8]

O estudo foi desenvolvido com 55 adolescentes (30 garotas e 25 rapazes) com idade entre 15 e 18 anos, que freqüentavam uma escola de ensino médio na região de Santo Eduardo do município de Embu, São Paulo. Para a obtenção dos dados, foi utilizado como recurso duas oficinas com atividade coletiva, tendo como tema central a questão norteadora: *Como você percebe a sexualidade no meio em que vive?*

Os dados obtidos foram analisados por meio da análise de conteúdo, um conjunto de técnicas de análise das comunicações que visa, por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, obter indicadores, qualitativos, ou não, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção dessas mensagens. Trata-se de uma forma de categorização de dados verbais ou comportamentais, sendo o objeto da análise a mensagem contida nas comunicações orais ou escrita.[9] Para análise do conteúdo coletado, optamos pela análise do tipo categorial, que se baseou na definição de categorias elaboradas no discurso dos adolescentes. A análise dos dados foi realizada por meio de leitura integral dos relatos de cada sujeito, nos quais buscamos compreender o significado da percepção da sexualidade e as subjetividades emergentes desse fenômeno.

Os significados foram agrupados por suas semelhanças, dando origem às categorias. Essa categorização foi uma operação de elementos construtivos de um conjunto por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento do gênero (analogia), com os critérios previamente definidos. As categorias foram organizadas por rubricas ou classes, as quais reuniram um grupo de elementos sob um título

Reme.indd 447 12/06/2008 09:38:13

genérico, efetuado com base nos caracteres comuns desses elementos.[9]

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

Com a estruturação em categorias, buscamos contornos do sistema de significação que, no seu conjunto revelaram a percepção dos adolescentes sobre o tema sexualidade no meio vivido, que foram organizadas da seguinte maneira: conceitos desvirtuados; *conceitos de sexo; sexualidade; influência da mídia; erotismo; pornografia* e *prostituição.*

Notou-se que houve expressiva divergência conceitual no que diz respeito a sexo e sexualidade, sendo que ambos têm significados completamente diferentes. O primeiro, de acordo com Ferreira,[10] significa qualidade masculino/feminino; conotação sexual ou relação sexual; enquanto o outro, conforme o mesmo autor, tem como definição qualidade sexual ou conjunto dos fenômenos da vida sexual.

Em algumas representações dos grupos, evidencia-se que o signo "sexo" foi empregado como parte integrante da sexualidade, cabendo-nos ressaltar que, apesar de o sexo e a sexualidade envolverem aspectos comuns e até serem utilizados como se fossem sinônimos, são termos distintos. Essa situação ficou evidenciada nas falas contidas na categoria *conceitos desvirtuados*, em que se desvelou uma dissonância entre os discursos proferidos e o real significado conceitual, como o conceito do termo "sexo" apresentado por alguns adolescentes:

> *O sexo já não tem mais idade e nem segredo, pois a televisão conseguiu desvendar tudo que havia de secreto, que só seria entre um homem e uma mulher* (S4, 16 anos).

> *Sexo é a mesma coisa que sexualidade* (S6, 15 anos).

Tais abordagens diferem completamente da definição correta para o que venha a ser "sexo".

O termo "sexo" é a conotação de qualidade masculino ou feminino; processos fisiológicos e psicológicos de um indivíduo que determina um relacionamento físico destinado à procriação e/ou prazer erótico. Sexo é a conformação particular que distingue o macho da fêmea, atribuindo-lhes papel determinado na geração e conferindo-lhes certas características distintivas.[1]

Tais pressupostos podem ser observados nas colocações dos adolescentes que participaram da atividade:

> *Sexo feminino ou masculino surge desde o nascimento. Existem casos de uma pessoa nascer hermafrodita, com sexo masculino e feminino* (S10, 17 anos).

> *O sexo também é uma definição: masculino e feminino* (S22, 18 anos).

Outra conotação do termo "sexo" emergente dos depoimentos representou a relação ou ato sexual:

> *Ato sexual é uma relação que acontece com homem e uma mulher, que serve também para garantir a espécie humana* (S1, 16 anos).

> *Já o ato sexual é aquele descoberto por duas pessoas, que por se desejarem se unem no ato de uma transa, ou seja, a introdução de órgãos* (S13, 16 anos).

> *O ato sexual está em todos os lugares e em todo momento, na escola, na roda de amigos, na família, enfim em todos os aspectos* (S40, 15 anos).

> *Entendemos que o sexo pode ser tanto o ato sexual quanto o sexo masculino e o sexo feminino. O ato sexual é quando duas pessoas passam a transar* (S32, 18 anos).

Vale ressaltar, no discurso dos adolescentes, a influência da mídia como elemento importante de informação e deturpação dos conceitos de "sexo" e "sexualidade":

> *O sexo está presente na vida de todos nós. Está presente na televisão, na roda de amigos, no namoro* (S12, 17 anos).

> *O sexo já não tem mais segredo, pois, a televisão conseguiu desvendar tudo o que havia de secreto, que só seria entre um homem e uma mulher* (S25, 18 anos).

> *A televisão mostra coisas distorcidas, como a mulher só como símbolo sexual, que com seu erotismo ativa o lado sexual masculino que está assistindo* (S8, 18 anos).

> *Hoje em dia, tudo tem que atrair as pessoas e eles acabam explorando a sexualidade de uma mulher ou de um homem, em comerciais, e danças, em novelas, em roupas, ou seja, em tudo* (S53, 17 anos).

Na ausência de ampla e efetiva educação sexual em casa ou nas escolas, a televisão e outros meios de comunicação tornaram-se, atualmente, a fonte principal de educação sexual nos Estados Unidos. Sobre essa afirmação, podemos inferir que a situação em nosso país não é diferente.[11]

Os jovens são bombardeados pela mídia com mensagens com conteúdo pornográfico e informações pouco confiáveis sobre a sexualidade humana. Nesse sentido, existem muitas opções, como material com aspecto e conteúdo duvidoso disponível na internet (*sites* e *blogs* com fotos e práticas sexuais pouco usuais), na televisão, bancas de jornal e outros.

A mídia tem um peso muito grande em nossa cultura, principalmente a eletrônica. Recebemos indiretamente uma carga de valores e normas enviesados, muitas vezes perpetuadores de comportamentos que não cabem mais na nossa época. A mídia tem o poder de reforçar algumas atitudes e emitir julgamentos sobre o que é mais ou menos adequado. Também tem ajudado a eliminar alguns preconceitos, mas fortalecido outros.[11]

Esse recorte desvela a preocupação dos adolescentes com a informação que recebem atualmente dos meios de comunicação. Entendemos que vivemos em uma sociedade repleta de dispositivos de controle social, sexual e outros, em que técnicas de controle sobre os seres humanos são criadas constantemente, principalmente no que se refere ao controle do corpo, por meio de técnicas de adestramento

Reme.indd 448 12/06/2008 09:38:13

sociais, educacionais, políticas e tecnológicas a que desde muito cedo somos submetidos; que fabrica falsos desejos e prazeres representados por ícones que moldam o comportamento, tornando adormecidos os verdadeiros desejos e prazeres que o corpo pode oferecer ao ser humano. Tudo isso ocorre em nosso meio, deixando à margem fatores importantes como o esclarecimento adequado sobre a sexualidade humana.

Pode-se entender por dispositivo um conjunto heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não-dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre esses elementos. Tem uma função estratégica dominante.[12]

Atualmente, os dispositivos disciplinares de repressão e controle sexual levam a um estado de "coisificação" do sexo por meio da legalização do mercado sexual, no qual existe um processo de alienação sexual. Também podemos conceber como preço que o ser humano paga por ter empobrecido a sua sexualidade confinando-a à égide da genitalidade, o sentimento de vazio e desapontado após o coito. A educação e a prática relacionada à sexualidade são norteadas por esta máxima: a dessexualização genitalizante. Mesmo o modelo de matrimônio constitui um canal de atuação da anti-sexualidade, quando tem como base o depauperamento da sexualidade e a exaltação da genitalidade.

Os métodos que permitem o controle minucioso das operações do corpo, que realizam a sujeição constante de suas forças e lhe impõem uma relação de docilidade-utilidade é o que podemos chamar as disciplinas.[13]

O poder disciplinar, com efeito, em vez de se apropriar e de retirar, tem como função maior "adestrar", ou, sem dúvida, adestrar para retirar e se apropriar ainda mais e melhor.[12]

Foucault[14] afirma que o poder seria, essencialmente, aquilo que dita a lei, no que diz respeito ao sexo. O que significa, em primeiro lugar, que o sexo fica reduzido, por ele, a um regime binário: lícito e ilícito, permitido e proibido. O poder prescreve ao sexo uma ordem que funciona, ao mesmo tempo, como forma de inteligibilidade; o sexo é decifrado com base na sua relação com a lei. O poder age pronunciando a regra: o domínio do poder sobre o sexo seria efetuado por meio da linguagem, ou melhor, por um ato de discurso que criaria, pelo próprio fato de se enunciar um estado de direito.

Quanto à categoria sexualidade, Hogan[15] refere que é muito mais que o ato sexual em si, pois sexo conota um ato fisiológico e sexualidade, a totalidade do ser humano.

Na literatura, a sexualidade humana é descrita de diversos modos, dependendo das crenças e (pré) conceitos do autor. Mas, apesar de a possibilidade das definições serem limitadas ou possuírem múltiplas facetas, há um denominador comum em todas as definições, que é o reconhecimento de que sexualidade é uma parte intrínseca do nosso ser.[15]

Sexualidade é o comportamento, a tendência sexual de uma pessoa, qualidade sexual, conjunto dos fenômenos da vida sexual.[10]

A sexualidade, no seu sentido amplo, pode ser definida como um aspecto profundo e penetrante da personalidade total, a soma dos sentimentos e comportamentos de alguém não somente como um ser sexual, mas como um homem ou mulher.[16]

Segundo o Programa Saúde do Adolescente (PROSAD), a sexualidade é uma manifestação psicoafetiva individual e social que transcende sua base biológica (sexo) e cuja expressão é normatizada pelos valores sociais vigentes.[17]

O termo "sexualidade" não designa apenas atividades e o prazer que dependem do funcionamento do aparelho genital, mas uma série de excitações e de atividades presentes desde a infância que proporcionam um prazer irredutível à satisfação de uma necessidade fisiológica fundamental (respiração, fome, função de excreção e outras) e que se encontram, a título de componentes, na chamada forma normal do amor sexual.[18]

Identificamos diferentes idéias ou significados associados às vivências e experiências no campo da sexualidade, que apresentamos nos recortes dos discursos a seguir:

> *Entendemos que sexualidade é o desenvolvimento do corpo dos dois sexos* (S7, 16 anos).

> *A puberdade, desde a menstruação, masturbação como o conhecimento do corpo e descoberta do prazer* (S28, 18 anos).

> *O corpo do sexo masculino começa com o desenvolvimento da voz, que durante algum tempo é fina e com o passar do tempo engrossa. O homem passa a ter mais músculos no braço, na perna, no tórax e outros* (S30, 17 anos).

> *O corpo do sexo feminino começa com o desenvolvimento dos seios, a formação da cintura, o quadril alarga mais* (S44, 17 anos).

> *É o conhecer de si mesmo, um modo individual de decidir, pelo que sente prazer, o que o atrai o que o excita* (S16, 18 anos).

> *Sexualidade é nosso corpo* (S29, 18 anos).

> *Sexualidade são o homem e a mulher conhecendo o corpo um do outro e, também, o homem conhecendo o corpo de outro homem e da mulher conhecendo o corpo de outra mulher* (S5, 18 anos).

Observamos, nos discursos acima, a idéia de sexualidade como processo de desenvolvimento maturacional humano, como processo identitário, fonte do prazer, determinante do comportamento do homem e da mulher, como fator de autoconhecimento e conhecimento do outro.

Nessa fase, as mudanças corporais e a sexualidade são, sobretudo, elementos estruturadores da identidade do adolescente. Essa função estruturante é, em grande parte, realizada por meio da representação mental que o adolescente tem de seu corpo, ou seja, de sua imagem corporal. Pressupõe, ainda, que a sexualidade seja algo que se constrói e aprende, sendo parte integrante do

Reme.indd 449 12/06/2008 09:38:14

desenvolvimento da personalidade, capaz de interferir no processo de aprendizagem, na saúde mental e física do indivíduo.[3]

Quanto ao erótico, seu primeiro objetivo é representar aspectos da sexualidade, mas não necessariamente provocar excitação. Em conseqüência, o que é erótico pode estimular a sexualidade ou representá-la em seu conjunto de afetos, atos e energia sexual.

O erotismo representa o sexo de forma indireta, podendo produzir excitação sexual ou não; estimula a sexualidade; é basicamente sensual, apresentando o sexo genital de maneira implícita; é atraente; é considerado adequado pela maioria das pessoas.

Erotismo é uma forma de expressar artisticamente a sensualidade e o sexo. É caracterizado pelo lirismo amoroso, pelo amor lúbrico.[10] O que é erótico é sugestivo, aumenta a tensão sexual de quem o vê:

> *Achamos que para ser sensual não precisa se expor, mostrando o corpo, pois desta forma ela não se torna sensual e sim vulgar. Porque a sensualidade não se expressa apenas no modo de vestir, mas também na maneira de falar, andar olhar. Não é porque você mostra o corpo que você está sendo sensual; não devemos misturar sensualidade com vulgaridade* (S16, 18 anos).

> *A sensualidade está ligada à sedução; é você ser* sexy, *o tipo de roupa que a gente usa para chamar a atenção de outras pessoas* (S24, 17 anos).

> *São fotos de revistas, são homens e mulheres que aparecem seminus na televisão* (S38, 16 anos).

> *A diferença entre a sensualidade e vulgaridade é que a sensualidade é quando as pessoas não precisam ficar se mostrando, nem usando suas formas de atrair outra pessoa; e já a vulgaridade é quando a pessoa fica se oferecendo, fazendo de tudo para se tornar atraente, aparece nua ou quase nua na televisão, usa roupas para mostrar o corpo* (S22, 18 anos).

> *Sexualidade é quando uma mulher ou homem tende a se produzir, ou seja, embelezar-se para que ambos os sexos reparem nesta produção. Também pode ser a demonstração do corpo* (S51, 17 anos).

As relações entre a cultura erótica e a ciência parecem ter sido sempre tensas e complicadas não apenas no Brasil. Aliás, aqui talvez sejam até mais fáceis, se nos compararmos com os países de tradição puritana. O erótico permeia nosso cotidiano, das piadas aos jogos de sedução, das roupas aos comportamentos, nos escritórios, nas escolas ou nos bares. Séria, só mesmo a ciência, que alguém já chamou de cinza.

Vivemos em uma cultura e em uma sociedade extremamente sexualizadas, em todos os sentidos, até mesmo no da violência, e a imagem da "sexualidade-tropical-do-sul-do-Equador" não deixa de ser muito estimulada pela indústria do turismo, na exportação das mulatas sensuais, do samba, do carnaval, dos grupos de axé e de tudo aquilo que conhecemos muito bem como o imaginário do Brasil tropical, onde não há limites, só excessos, e onde não se conhece o pecado.[19]

Prost e Vincent[20] relatam que, em 1769, Restif de La Bretonne criou a palavra "pornografia", designando menos a sexualidade e mais os discursos por ela gerados, como indica sua etimologia (*pornê*, prostituída; *graphê*, escrita). Evidentemente, esse tipo de discurso existia antes de receber um nome, visto que aparece nas grutas de Lascaux. A sexualidade humana é vivida na prática e nas inúmeras representações que faz de si, o que distingue a humanidade da animalidade. É fluida a fronteira entre o erotismo (aceito) e a pornografia (condenada).

O termo "pornografia" pode designar tratado sobre a prostituição: figuras, fotos, filmes, espetáculos, obra literária ou de arte, relativos a ou que tratam de coisas ou assuntos obscenos ou licenciosos, capazes de motivar ou explorar o lado sexual do indivíduo.[10]

A pornografia não insinua, mostra tudo e, de preferência, de forma chocante. Tem como finalidade principal excitar sexualmente quem a vê. Por diversas vezes, a pornografia explora situações errôneas como se o sexo fosse apenas uma sucessão de atos genitais, inferindo serem os órgãos genitais de tamanhos desproporcionais à realidade, além de explorar uma imagem ilusória de que os homens sejam sexualmente insaciáveis e as mulheres multiorgásmicas.[1]

A pornografia envolve elementos que produzem excitação sexual imediata; estimula desejos e fantasias sexuais; é geralmente vulgar, apresenta o sexo genital de maneira explícita; pode ofender, chocar ou atrair; desinibe ou inibe a sexualidade; é considerado inadequado pela maioria das pessoas.

> *Pornografia não é a mesma coisa que sexo, a pornografia é a pessoa que expõe seu corpo* (S2, 16 anos).

> *Nos filmes pornôs em que homens e mulheres se insinuam, se entregam, achamos que essa insinuação já parte para o sexo e o prazer* (S2, 16 anos).

> *Pornografia eu acho que está mais ligada à televisão, às novelas, aos programas de auditório, que apelam e fazem as mulheres exibirem o corpo* (S11, 15 anos).

> *Nós estamos acostumados a falar que pornografia é a mesma coisa que duas pessoas fazendo sexo* (S15, 16 anos).

> *Pornografia é o meio de sexo sem prazer, sem amor, feito por dinheiro* (S11, 15 anos).

O discurso desvela a falta de informação e a conseqüente distorção de conceitos, quando os sujeitos estabelecem analogia entre ato sexual e pornografia.

Pornografia e erotismo são conceitos difíceis de diferenciar, uma vez que cada pessoa os compreende de forma particular.[4]

O erótico é basicamente sensual, enquanto o pornográfico é sexual. O erótico pode até se referir explicitamente ao ato sexual, mas sempre de forma indireta, sem ignorar outras emoções que o perpassam. O erotismo

Reme.indd 450 12/06/2008 09:38:14

estimula o que nos permitimos ter, viver, fantasiar. Essas definições são subjetivas, pois as pessoas reagem de diferentes formas aos mesmos estímulos.[4]

A pornografia almeja produzir uma excitação sexual imediata, sem o coito e a exibição genital seus principais personagens. Tem caráter percebido como vulgar, e nele a afetividade é tão secundária que quase não a notamos. O predominante é a excitação e o descarrego da tensão sexual. A pornografia tem em suas entrelinhas algo que desafia, ofende e choca. Geralmente distorcendo a realidade, freqüentemente reduz a sexualidade ao ato sexual. Nem sempre é clara a distinção entre erotismo e pornografia.

Imagens sexuais são apresentadas na música, nas artes plásticas e em manifestações multimeios, no teatro e na literatura. Expressões da sexualidade nas artes podem ser classificadas como erotismo ou pornografia. Muitas cenas consideradas eróticas por alguns, podem ser consideradas pornográficas por outros. O que é percebido como erótico ou pornográfico tem mudado ao longo dos tempos. Tanto o erótico como o pornográfico podem produzir excitação sexual.

O erótico e o pornográfico também são situacionais, pois suas características são remodeladas em determinados períodos em resposta a eventos sociais. No carnaval, atitudes que em outras épocas do ano são repreensíveis tornam-se aceitáveis.[4]

Muitas vezes, também, o erotismo é a pornografia de ontem. Isso quer dizer que a natureza das imagens sexuais na arte varia conforme a época, o contexto histórico. Imagens eróticas na arte podem refletir os pontos de vista da sociedade a respeito da sexualidade e podem tanto estimular as pessoas na sua vida sexual como promover reflexões sobre o tema. Expressões da sexualidade na arte podem ser consideradas artísticas em determinadas famílias ou culturais e obscenas em outras.[20]

Não podemos nos esquecer de que a arte é um canal importante e original de representação e expressão simbólica da natureza humana. As manifestações artísticas deveriam ter garantido sua livre expressão. A arte é uma forma de representar sentimentos e idéias. Nesse sentido, as crianças representam aspectos de sua sexualidade por meio do desenho, da pintura, da modelagem e de jogos dramáticos. Ela retrata inúmeros aspectos da vida, até mesmo a sexualidade.

O termo "prostituição" refere-se ao comércio habitual ou profissional do ato sexual,[11] como podemos observar nas falas a seguir:

> *Tem mulheres que usam o sexo como trabalho ou apenas por prazer e divertimento* (S1, 16 anos).
>
> *Ela entrega o corpo por dinheiro, não tem amor* (S46, 18 anos).

A palavra "prostituta", do latim *prostituere*, expor em público, designa, portanto, a mulher que, deixando de ser um "bem privado", é oferecida a quem paga. Ela abrange um vasto campo lexical, visto que existem mais de 600 palavras ou expressões referentes a ela, algumas brutalmente metafóricas.[17] Atualmente, o termo prostituição é aplicado tanto para garotas como para garotos de programa.

Atualmente a prostituição juvenil tem aumentado significativamente. São chamados(as) de "garotos(as) de programa", um rótulo para uma atividade antiqüíssima. Apresenta-se agora com características um pouco diferentes de sua imagem clássica. Em lugar de meninas e mulheres pobres fazendo ponto nas ruas, garotos(as) de programa têm no máximo trinta anos, uma aparência bem atraente e nem sempre são de classe social baixa. Isso, muitas vezes, se deve ao desejo dos adolescentes e jovens de consumir produtos caros ou drogas, mas, como não podem adquiri-los, prostituem.[4]

CONSIDERAÇÕES

Mediante a análise dos dados, desvelamos o interesse dos adolescentes por termos e conceitos que são construtos do universo da sexualidade humana, como também certa confusão conceitual das terminologias. Tais achados corroboram nossa opinião de que devemos, sempre que possível, esclarecer tais conceitos à população, que é objeto de nossa práxis nas atividades de orientação sexual desenvolvidas pelo Projeto de Extensão Universitária "Corporalidade e Saúde" da Universidade Federal de São Paulo.

Observamos algumas expressões que dificultam o reconhecimento da sexualidade. Há indicações de reducionismo genital e, por outro lado, há referências a uma dimensão mais relacional e afetiva. Por meio dos dados, presumimos que a descoberta do sexo é dada como fato natural; a sexualidade, ao contrário, é resultado da história construída pela vivência no âmbito da cultura.

Tais pressupostos conferem ao nosso papel como educadores em saúde extrema responsabilidade na construção do conhecimento e no combate à ignorância. Nesse sentido, entendemos que a sexualidade se constrói não apenas no biológico, mas, principalmente, no imaginário: a sexualidade se coloca não apenas no palpável, mas, também, no discurso que sustenta o palpável, na ideologia subjacente aos padrões de "normalidade" impostos na convivência social, pois é na adolescência que o ser humano cria e reformula conceitos, principalmente o relacionado à sexualidade. Dessa forma, corre-se o risco de se tornarem impossíveis alternativas mais saudáveis para a vida afetiva sexual dos adolescentes.

REFERÊNCIAS

1. Suplicy M. Conversando sobre Sexo. Petrópolis (RJ): Vozes; 1999.
2. Aberastury A, Knobel M. Adolescência normal. Porto Alegre: Artes Médicas; 1981.
3. Brêtas JRS. A mudança corporal na adolescência: a grande metamorfose. Temas Sobre Desenvolvimento. 2004; 12(72): 29-38.
4. Picazio C. Sexo Secreto, temas polêmicos da sexualidade. São Paulo: Editora GLS; 1999.
5. Cano MAT, Ferriani MGC, Gomes R. Sexualidade na adolescência: um estudo bibliográfico. Rev Latino-Am Enferm. 2000; 8(2): 18-24.
6. Brêtas JRS, Pereira SR. Projeto de Extensão Universitária: um espaço para formação profissional e promoção da saúde. Trab Educ Saúde. 2007; 5(2): 317-27.

Reme.indd 451 12/06/2008 09:38:14

7. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Atlas; 2003.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.19 de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas em seres humanos. Mundo Saúde. 1996; 21(1): 52-61.
9. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa-Portugal: Edições 70; 1995.
10. Ferreira ABH. Novo dicionário da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira; 1986.
11. Strasburger VC. Os adolescentes e a mídia: impacto psicológico. Porto Alegre: Artes Médicas; 1999.
12. Foucault M. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1979.
13. Foucault M. Vigiar e punir: história da violência nas prisões. Petrópolis: Vozes; 1987.
14. Foucault M. História da sexualidade I: A vontade de saber. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1988.
15. Hogan RM. Human sexuality: a nursing perspective. USA: Appleton-Century-Crofts; 1980.
16. Gir E, Nogueira MS, Pelá NTR. Sexualidade humana na formação do enfermeiro. Rev Latino-Am Enferm. 2000; 8(2): 33-40.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria executiva de Coordenação da Saúde da criança e do adolescente. Programa Saúde do Adolescente. Bases programáticas. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
18. Laplanche J. Vocabulário da psicanálise. São Paulo: Martins Fontes; 1992.
19. Rago M. Sexualidade e identidade na historiografia brasileira. In: Loyola MA. A Sexualidade nas ciências humanas. Rio de Janeiro: Editora UERJ; 1998.
20. Prost A, Vincent G. História da vida privada: da primeira guerra a nossos dias. São Paulo: Companhia das Letras; 1992.

Data de submissão: 9/5/2007
Data de aprovação: 1º/4/2008

Reme.indd 452 12/06/2008 09:38:14

ASSOCIAÇÃO ENTRE TRABALHO DE PARTO PREMATURO E VAGINOSE BACTERIANA: UMA REVISÃO DA LITERATURA

ASSOCIATION BETWEEN PREMATURE BIRTH AND BACTERIAL VAGINOSIS: A REVIEW OF THE LITERATURE

ASOCIACIÓN ENTRE EL TRABAJO DE PARTO PREMATURO Y LA VAGINITIS BACTERIANA: REVISIÓN DE LITERATURA

Flaviana Vieira Andrade[1]
Clarice Marcolino[2]

RESUMO
Este estudo é uma revisão bibliográfica, cujos objetivos foram discutir a relação entre parto prematuro e vaginose bacteriana e verificar a associação da triagem e do tratamento da vaginose bacteriana durante o pré-natal, na redução das taxas de parto prematuro. Fez-se uma busca bibliográfica em base de dados Medline, Lilacs, SciELO, Cochrane, Copernic Agent Basic, entre 1995 e 2005. Os resultados de alguns estudos mostram que a vaginose bacteriana tem associação com o parto prematuro, entretanto, outros estudos mostraram que a eficácia do tratamento para vaginose bacteriana ainda é controversa e. conseqüentemente, tem papel limitado na redução das taxas de parto prematuro. Considerando que a maioria dos autores demonstra evidência na relação de vaginose bacteriana com o parto prematuro, indica-se a triagem e o tratamento dessa infecção vaginal, pois poderia diminuir, além da taxa de parto prematuro, também reduzir a morbimortalidade neonatal, infecções periparto e complicações pós-parto.
Palavras-chave: trabalho de parto prematuro; vaginose bacteriana; diagnóstico; efetividade de tratamento.

ABSTRACT
The present study is a bibliographical review, with the objective of discussing the relation between premature birth and bacterial vaginosis and the association of the screening for and treatment of bacterial vaginosis during prenatal care, with the reduction of premature birth rates. A bibliographical research was made in the databasis Medline, Lilacs, SciELO, Cochrane, Copernic Agent Basic, from 1995 to 2005. The results of some studies show that bacterial vaginosis is associated with premature birth, however other studies indicate that effective treatment for bacterial vaginosis is still controversial and consequently has a limited role in reducing premature birth rates. Given that most authors show evidence that bacterial vaginosis is related to premature birth, the screening and treatment of this vaginal infection is indicated, since it could decrease bit ibkt premature birth rate, but also neonatal morbi-mortality, peripartum infections and postpartum complications.
Key-words: Premature birth; bacterial vaginosis; diagnosis; treatment outcome.

RESUMEN
El presente estudio es una revisión bibliográfica que busca analizar la relación entre el parto prematuro y la vaginitis bacteriana y comprobar si el seguimiento y tratamiento de la vaginitis bacteriana durante el pre-natal incide en la reducción de tasas de parto prematuro. Se efectuó una búsqueda bibliográfica de trabajos publicados entre 1995 y 2005, en las bases de datos Medline, Lilacs, SciELO, Cochrane, Copernic y Agent Basic. Los resultados de algunos estudios muestran que la vaginitis bacteriana está asociada al parto prematuro; sin embargo, según otros la eficacia del tratamiento todavía es controvertida y su papel en la reducción de tasas de parto prematuro sería limitado. Considerando que la mayoría de los autores demuestra evidencias en la relación entre la vaginitis bacteriana y el parto prematuro, se sugiere efectuar el rastreo y tratamiento de esta infección vaginal, pues se podría disminuir, además de la tasa de parto prematuro, la morbimortalidad neonatal, las infecciones periparto y las complicaciones posparto.
Palabras clave: Trabajo de Parto Prematuro; Vaginosis Bacteriana/diagnóstico; Vaginosis Bacteriana/terapia; Resultado del Tratamiento.

[*] Texto elaborado com base na pesquisa "A sexualidade e saúde reprodutiva de adolescentes que freqüentam algumas escolas no município de Embu", que obedece aos padrões estabelecidos pela Resolução 196/96, Comitê de Ética e Pesquisa da UNIFESP, Processo n° 01038/05.

[1] Professor Adjunto da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). São Paulo, Brasil.
[2] Estudantes do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). São Paulo, Brasil.
E-mail: jrbretas@denf.epm.br

Reme.indd 453 12/06/2008 09:38:14

INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS),[1] o parto prematuro acontece antes de 37 semanas gestacional completas.[1]

No Brasil, a taxa de nascimentos prematuros está em torno de 10%; na Grã-Bretanha, de 8%; nos Estados Unidos, de 9,5% em 1980 para 11% em 1998[2]; e no Reino Unido permanece em torno de 7% desde 1953.[3]

O parto prematuro é a causa principal de morbimortalidade neonatal.[3-5] Muitos neonatos sobrevivem, porém com riscos de problemas de saúde em longo prazo, incluindo desenvolvimento neuromental e displasia broncopulmonar. Os custos em relação às questões de saúde e sociais são enormes com nascimentos prematuros. Nos Estados Unidos, o custo anual calculado é mais de 10 milhões dólares.[5] Cuidados intensivos com neonato são, geralmente, uma das intervenções mais caras de cuidados de saúde, além disso, há conseqüências psicológicas e sociais.[4]

Um dos grandes problemas não solucionados da prematuridade é que a sua incidência mundial tem se mantido estável ao longo dos anos, apesar dos esforços desenvolvidos para preveni-la.[3] A etiologia do parto prematuro espontâneo é multifatorial, mas infecções do trato genital têm sido implicadas em larga proporção nos casos.[4]

Atualmente, a redução da prematuridade é uma das principais metas a ser alcançada na assistência pré-natal. No entanto, a dificuldade na prevenção do parto prematuro advém da multiplicidade de causas e fatores desencadeantes e da sua complexa fisiopatologia.[4]

As infecções vaginais constituem problema antigo, já descrito por Hipócrates. As infecções do trato genital inferior têm grande importância. Além dos sintomas desconfortáveis às mulheres, podem ascender e comprometer o trato genital superior, causando repercussões desfavoráveis no ciclo gravídico-puerperal.[6]

A vaginose bacteriana (VB) representa fator de risco para ruptura prematura de membranas, endometrite pós-parto e parto prematuro espontâneo.[7]

Essa infecção vaginal é caracterizada por um desequilíbrio da flora vaginal normal, dado o aumento exagerado de bactérias, em especial as anaeróbicas. Esse aumento é associado a uma ausência ou diminuição acentuada dos lactobacilos acidófilos, que normalmente são agentes predominantes na vagina normal.[7-8]

Durante muitos anos foi chamada de vaginite inespecífica para designar corrimento vaginal cuja causa não era *Trichomonas vaginalis* ou *Candida spp*. Atualmente, é chamada de vaginose bacteriana, dada a ausência de inflamação no epitélio vaginal.[6,7,9] As mulheres podem apresentar secreção vaginal homogênea, fluída, esbranquiçada, acinzentada ou amarelada, geralmente em média quantidade,[6] com odor desagradável que piora após a relação sexual e a menstruação,[9] sendo que aproximadamente 50% das mulheres são assintomáticas.[7]

A concentração reduzida dos lactobacilos e o aumento concomitante de bactérias anaeróbias gram-negativas, como *Gardnerella vaginallis*, *Mobiluncus spp*, *Bacterioides spp*, *Prevotella sp* e *Micoplasma hominis*, e o aumento do pH vaginal caracterizam os achados patológicos encontrados na vaginose bacteriana.[10] O mecanismo de proteção seria a acidificação do pH vaginal, decorrente da ação dos lactobacilos.[11]

O diagnóstico pode ser feito pelo método preconizado por Amsel et al. em 1983, que inclui a presença de três entre os quatro critérios listados a seguir: 1. *Clue cells* ou células-pista; 2. descarga vaginal homogênea; 3. pH superior a 4,5; e 4. odor de aminas.[12,13] A coloração de gram da secreção vaginal é outro meio para diagnosticar a vaginose bacteriana.[2,7,14] É considerado um exame simples e de baixo custo comparado com seus benefícios.[15]

Muitos estudos associam a vaginose bacteriana ao parto prematuro,[3,12,16-17] porém, há estudos que mostram controvérsias em relação ao rastreamento sistemático das infecções vaginais no pré-natal e que o tratamento delas reduza as taxas de prematuridade.[2,4]

Essa revisão bibliográfica tem como objetivos discutir a relação entre parto prematuro e vaginose bacteriana e verificar a associação da triagem e do tratamento da vaginose bacteriana durante o pré-natal na redução das taxas de parto prematuro.

As controvérsias encontradas na triagem e tratamento da vaginose bacteriana como prevenção do parto prematuro e a possibilidade de esclarecer a necessidade de incluir na rotina do pré-natal a triagem e o tratamento da vaginose bacteriana foram motivações para a realização deste estudo.

MÉTODO

Nesse estudo de revisão bibliográfica, foram utilizados os textos publicados nas bases de dados Medline, Lilacs, SciELO, Cochrane, Copernic Agent Basic, entre 1995 e 2005. Foram selecionados trabalhos em inglês, espanhol ou português, os quais abordavam o trabalho de parto prematuro e a vaginose bacteriana, diagnóstico e efetividade de tratamento da vaginose bacteriana na gestação. Foram encontrados 41 referências, dentre as quais 20 foram utilizadas. Os critérios de exclusão foram trabalhos que não estivessem na íntegra, publicações de revisões narrativas, relatos de experiência ou estudos de caso.

PARTO PREMATURO E VAGINOSE BACTERIANA: ASSOCIAÇÕES, LIMITES E CONTROVÉRSIAS

Estudos recentes, mostrados no Quadro 1, demonstram a relação do parto prematuro com a vaginose bacteriana.[3,12,16]

Reme.indd 454 12/06/2008 09:38:14

QUADRO 1 – RELAÇÃO ENTRE PARTO PREMATURO E VAGINOSE BACTERIANA

Referência	Objetivos	Tipo de estudo	Sujeitos	Material e método	Resultados	Conclusões
Carvalho MHB, Bittar RB, Maganha PPAS, Pereira, SV, Zugaib M.[3]	Relacionar a presença de VB em gestantes com ocorrência de parto prematuro espontâneo	Prospectivo longitudinal	611 gestantes atendidas no pré-natal geral da clínica Obstétrica do HCFMUSP, entre a 23ª. e 24ª. semanas de idade gestacional.	-Bacterioscopia da secreção vaginal – método de Gram -PH vaginal -Pacientes não receberam orientação de tratamento para VB. -Resultado do parto obtido por meio de cartas-respostas pré-pagas endereçadas à Clínica Obstétrica ou por telefonema.	Obtido resultado do parto de 541 mulheres das 611 gestantes nas quais foram pesquisadas VB, sendo que 103 gestantes (19%) foram diagnosticadas com VB, destas, 10 (9,7%) evoluíram para parto antes da 37ª. semanas completas. No grupo negativo para VB – 14 (3,2%) das gestantes evoluíram para parto prematuro. A sensibilidade da bacterioscopia + para VB quanto a predição do parto prematuro foi de 41,7%, a especificidade de 82%, a acuraria de 80,2%, com falso positivo de 18% e risco relativo de 1,8.	A VB revelou-se como fator de risco para a prematuridade. Em gestantes com VB + sugere-se tratamento e em gestantes com antecedentes de partos prematuros sugere-se pesquisa de VB e se + tratar.
Subtil D, Denoit V, Legoueff F, Husson M-D, Trivier D, Peuch F [12]	- estudar a associação entre trabalho de parto prematuro e vaginose bacteriana (VB). - determinar se a vaginose bacteriana modifica os riscos de nascimentos prematuros em mulheres em trabalho de parto prematuro.	Caso-controle	102 pacientes-caso hospitalizadas em trabalho de parto prematuro entre a 20 – 34 semanas de gestação. 102 pacientes –controle entre a 20 – 34 semanas de gestação hospitalizadas por outras razões, exceto trabalho de parto prematuro.	-Método de Amsel -Teste bacteriológico	13,8% das pacientes em trabalho de parto prematuro foram diagnosticas com VB, enquanto que nenhuma do grupo controle apresentou VB. No teste bacteriológico, pacientes do grupo caso tiveram presença de células –pista (clue cells) mais freqüentes que as do grupo controle, ao exame da secreção vaginal.	VB está associada ao trabalho de parto prematuro. Ausência de associação entre VB e nascimentos prematuros.
Huiza, L. Pacora, P. Santivanez,A. Castro, G. Ayala, M.[16]	- Conhecer as características maternas e a associação da flora microbiana vaginal em gestantes com alto risco de prematuridade. - Determinar a associação da flora microbiana vaginal e o resultado materno-perinatal nestas gestantes.	Caso-controle	Gestantes com feto único que apresentaram sinais de risco de trabalho de parto prematuro (casos) e gestantes com feto único e parto a termo (controle) em um Hospital do Peru no período de janeiro 1994 a dezembro de 1995. Grupo caso: 238 Grupo controle: 3850 gestantes	Avaliação da flora vaginal: - Determinação do pH, - Coloração pelo método de Gram, - Teste de aminas com hidróxido de potássio a 10%	GrupoCaso: - Vaginite bacteriana: 136 - VB: 57 - Tricomoníase vaginal: 45 Casos com VB tiveram maior história de aborto, cesárea, parto prematuro e natimorto. comparados as outras infecções vaginais. Dos 57 casos de VB: 22 (38,6%) foram internadas por trabalho de parto prematuro, 19 (33,3%) devido à pielonifrite aguda e 16 (28,1%) por hipertensão arterial. Os recém-nascidos de mães com VB apresentaram maior risco de: -traumatismo obstétrico (6 vezes), -prematuridade (5,6 vezes), ---hiperbilirrubinemia (3,8 vezes), -mortalidade neonatal (3,5 vezes), -sepse (3 vezes)	Em gestantes positivas para VB verificou-se maior risco de parto prematuro e outras complicações (oligohidramnios, leiomioma uterino, insuficiência placentária, condiloma perineal, hemorragia do terceiro trimestre, anemia ferropriva, hiperglicemia, ameaça de aborto, ruptura de membranas fetais e infecção urinária). Necessidade de se investigar nas gestantes a presença de flora microbiana vaginal anormal.

Reme.indd 455 12/06/2008 09:38:14

Com base nos resultados apresentados nos três estudos[3,12,16] anteriores, podemos inferir que há uma associação positiva entre vaginose bacteriana e trabalho de parto prematuro, porém os dois últimos estudos demonstram forte evidência entre vaginose bacteriana e trabalho de parto prematuro em mulheres com história de parto prematuro anterior e risco para parto prematuro. Por essa razão, Carvalho et al.[3] concluem pela necessidade de pesquisar a vaginose bacteriana em gestantes com antecedentes de parto prematuro, seguida de tratamento em caso de vaginose bacteriana positiva. Esse mesmo estudo mostrou, ainda, que a bacterioscopia é um método sensível para o diagnóstico desse tipo de infecção.

Apesar das evidências de que a vaginose bacteriana pode estar associada ao parto prematuro, não é rotina nos pré-natais a investigação para essa infecção.[2] O Center for Disease Control (CDC) não recomenda o rastreamento e o tratamento de pacientes de baixo risco para o parto prematuro, mas adverte que pacientes de risco de trabalho de parto prematuro, história de parto espontâneo prematuro devem ser rastreadas e tratadas com metronidazol ou clindamicina.[7]

Muitos autores defendem a triagem e o tratamento como rotina nos pré-natais, com a finalidade de alcançar maior número de mulheres com vaginose bacteriana.[2]

Essa proposição se justifica, pois a vaginose bacteriana é a causa mais freqüente em clínicas privadas ou em serviços públicos de queixa de corrimento vaginal em mulheres em idade reprodutiva e sexualmente ativas.[6,13,14] Nas mulheres grávidas, a taxa de vaginose bacteriana pode variar entre 10% a 40%.[4] Nos Estados Unidos, esta taxa é de 15% a 20%.[7]

Na análise da produção bibliográfica encontrada sobre a relação entre trabalho de parto prematuro e vaginose bacteriana, ficou evidenciado que existem duas tendências sobre o assunto em discussão. A primeira delas, já demonstrada e fundamentada por alguns autores, aponta uma associação positiva entre a vaginose bacteriana e o parto prematuro. Entretanto, outros autores demonstram que há controvérsia na eficácia do tratamento da vaginose bacteriana para reduzir a taxa de parto prematuro.

Os estudos a seguir mostram os resultados do tratamento para a vaginose bacteriana com clindamicina, metronidazol e eritromicina.

QUADRO 2 – TRATAMENTO DA VAGINOSE BACTERIANA COM CLINDAMICINA

Referência	Objetivos	Tipo de estudo	Sujeitos	Material e Método	Resultados	Conclusão
Kiss, H. Petricevic, L. Husslein, P.[4]	Avaliar se a estratégia de triagem de rastreamento em gestantes diminuiria a taxa de parto prematuro	Prospectivo, randomizado e controlado	4429 gestantes que se encontravam no início do 2° trimestre de gestação (entre 15 semanas a 19 semanas e 6 dias), e sem queixas subjetivas (contrações, sangramento vaginal ou sintomas sugestivos de infecção vaginal) 4.155 gestantes concluíram o estudo, 274 foram excluídas devido inclusão errônea. 2.058 participaram do grupo intervenção, 2.097 do grupo controle	Coloração pelo método de Gram da secreção vaginal. - Aplicação do critério de Nugent. Tratamento da Vaginose Bacteriana com clindami-cina 2% creme vaginal, se persistente ou recorrente com clindamicina oral 300mg 2 x/ dia por sete dias. As demais infecções presentes também foram tratadas e os tratamentos não serão aqui citados.	Nos dois grupos: - 79% sem evidência de infecção - Em torno de 21% apresentaram flora vaginal anormal: 13% Cândida 7% Vaginose Bacteriana 0,1% Tricomonas (O restante, associação entre as infecções) Parto prematuro: Grupo intervenção 3% Grupo controle 5,3% Redução de 50% dos partos prematuros e aborto tardio no grupo intervenção. Morte intra-uterina equivalente (0,4 e 0,5%)	O estudo mostra que o tratamento da flora vaginal fora do padrão normal e de VB com clindamicina, no início do 2°. trimestre de gravidez, reduz, significativamente a taxa de aborto tardio e nascimentos pretermo. Sugere que o tempo ótimo para triagem e tratamento, apesar de até então desconhecido, pode ser melhor antes da gravidez.
Ugwumadu, IM Reid, F Hay, P [15]	Estabelecer se a triagem e o tratamento para gestantes assintomáticas para vaginose bacteriana, no 2°. trimestre de gravidez poderia reduzir riscos de aborto tardio e nascimentos prematuros na população obstétrica geral	Experimento duplo-cego, placebo controlado, randomizado.	Para 6120 mulheres grávidas que foram ao Hospital para a 1ª. consulta pré-natal entre a 12-22 semanas de gestação, foi oferecida a triagem para flora vaginal fora do padrão normal e para VB, destas 494 foram sorteadas para participarem do estudo	-Laminas de secreção vaginal submetidas ao método de Gram. - Aplicação do critério de Nugent Das 494 mulheres, 249 receberam Clindamicina v.o. 2 x ao dia durante 5 dias e 245 receberam placebo 2 vezes ao dia durante 5 dias.	Mulheres que usaram clindamicina tiveram menor taxa de aborto ou nascimento pretermos (13/244) em comparação com mulheres do grupo que receberam placebo (38/241). A diferença foi de 10,4%.	

Reme.indd 456 12/06/2008 09:38:14

Os resultados dos dois experimentos selecionados[4,15] apresentados no Quadro 2 são semelhantes quanto à população estudada (população obstétrica geral), método e intervenção, e demonstram a eficácia da clindamicina no tratamento da vaginose bacteriana e na redução de partos prematuros e aborto tardio. Alanen,[11] comentando o trabalho de Kiss et al.[4] afirmam que embora a incidência de parto prematuro tenha sido mais baixa no grupo de intervenção, o tratamento de vaginose bacteriana não obteve redução significativa na taxa de parto prematuro.

No entanto, outro estudo realizado no Reino Unido[15] comprovou a efetividade da clindamicina no tratamento da vaginose bacteriana para prevenção do parto prematuro.

O estudo[2] apresentado no Quadro 3 demonstra os benefícios da triagem e do tratamento da vaginose bacteriana realizados o mais cedo possível na gravidez. Conclui-se que a triagem e o tratamento em mulheres com baixo risco para nascimentos prematuros podem reduzir infecções peri e pós-parto e resultar em economia para o sistema de saúde, se a taxa de nascimentos prematuros for superior a 3%.

QUADRO 3 – TRIAGEM E TRATAMENTO DA VAGINOSE BACTERIANA

Referência	Objetivos	Sujeitos	Material e método	Resultados	Conclusões
Kekki M, Kurki T, Kotomaki T, Sintonen H, Paavonen J [2]	Analisar o custo-efetividade da triagem e do tratamento da VB na gravidez o mais cedo possível.	Mulheres assintomá-ticas em baixo risco de parto prematuro.	Foi utilizado um modelo de árvore de decisão usando o DATA 3.5 (Tree Age software Inc.) com caminhos e probabilidades para resultados da triagem e não-triagem. Foi construída uma árvore com dois ramos: ramo da triagem e ramo da não-triagem. Os dados do grupo da triagem foram obtidos de estudos anteriores dos autores. A não-triagem foi comparada com dois programas de triagem e tratamento, um com clindamicina e outro com metronidazol, ambos sujeitos à análise de sensibilidade.	Não houve diferença significativa entre as estratégias de triagem e de não-triagem nos custos e na taxa de nascimentos prematuros, mas a triagem produziu, significativamente, menores infecções periparto e complicações pós-parto. A análise de sensibilidade sugeriu que a triagem pode ser econômica se a taxa de nascimentos prematuros excederem 3%.	Triagem e tratamento para VB na gravidez precoce pode não reduzir custos se comparada com a não-triagem em mulheres de baixo risco de nascimentos prematuros, mas pode produzir, ao mesmo custo, mais benefícios de saúde em termos de menores infecções periparto e complicações pós-parto. Entretanto, pode ser econômico se a taxa de nascimentos prematuros for superior a 3%.

Reme.indd 457 12/06/2008 09:38:15

Os resultados de alguns estudos,[13,18,19] apresentados no Quadro 4, demonstram que o tratamento da vaginose bacteriana com metronidazol não interfere na taxa de nascimentos prematuros na população obstétrica geral, porém, em um desses estudos[18], concluiu-se que em gestantes com nascimentos pré-termo prévio o tratamento reduziu essa taxa.

QUADRO 4 – TRATAMENTO DA VAGINOSE BACTERIANA COM METRONIDAZOL

Referência	Objetivos	Tipo de estudo	Sujeitos	Material e Método	Resultados	Conclusões
McDonald H.M. et al.[18]	Determinar se o tratamento sistêmico com metronidazol em gestantes com crescimento de *Gardnerella vaginalis* reduziria risco de parto prematuro espontâneo.	Randomisado, duplo-cego, placebo-controlado	872 gestantes assintomáticas para VB na 19ª semana de gestação, feto único, com crescimento de *G. vaginalis* ou coloração de Gram indicativo de VB.	Realizado rastreamento da VB pelo método coloração de Gram e cultura da secreção vaginal em torno da 19ª semana de gestação. Das 2490 gestantes + para G. vaginalis ou Gram + para VB, 879 participaram da pesquisa. 439 receberam metronidazol oral (400 mg 2x/dia) 428 receberam placebo oral (2x/dia). Teste de cura – swab vaginal 4 semanas depois do tratamento (em torno da 28ª semana). Utilizado o mesmo esquema de metronidazol ou placebo se *G. vaginalis* encontrado no teste de cura.	Parto prematuro espontâneo: - 4,7% nas que receberam metronidazol. - 5,6% nas que receberam placebo. Parto prematuro prévio: - 9,1% nas que receberam metronidazol. - 41,7% nas que receberam placebo.	O tratamento com metronidazol em mulheres com indicativo ou com vaginose bacteriana não reduziu a taxa de pretermo, mas entre gestantes com nascimento pretermo prévio, o tratamento reduziu essa taxa.

Referência	Objetivos	Tipo de estudo	Sujeitos	Material e Método	Resultados	Observações
Carey, JC et. al.[13]	Determinar se a triagem e o tratamento sistemático de mulheres da população obstétrica geral previne nascimentos prematuros.	Aleatório, duplo cego, placebo controlado.	1953 mulheres entre 16 – 24 semanas de gestação assintomáticas para VB, porém diagnosticadas com VB após triagem, as quais receberam tratamento com metronidazol ou placebo. Os 2 grupos possuíam características similares	Para diagnóstico: Secreção vaginal – método de Gram, interpretada pelo critério de Nugent et al. Para tratamento: 2 doses de 2 g de metronidazol, a segunda 48 hs após a primeira ou placebo de lactose.	Não houve diferenças significativas na freqüência de partos antes da 37ª. semana de idade gestacional entre o grupo metronidazol e o grupo placebo, bem como nos recém-nascidos com baixo peso (< de 2500g.), muito baixo peso (< 1500g) ou nascimentos prematuros ou ruptura prematura de membranas.	O tratamento da VB assintomática em mulheres grávidas não reduz a ocorrência de nascimentos prematuros ou outros resultados perinatais adversos.

Referência	Objetivos	Tipo de estudo	Sujeitos	Material e Método	Resultados	Conclusões
Kazy, Z.; Puhó, E; Czeizel, AE [19]	Analisasr o efeito do tratamento com metronidazol vaginal (500mg) na idade gestacional e peso ao nascer no grupo controle.	Caso controle	38.151 Gestantes	Do total de participantes, 570 (1,5 %) foram tratadas com metronidazol vaginal 1 x ao dia / 8 dias (em média). O uso de metronidazol foi maior no 5º mês de gestação.	Após tratamento a idade gestacional diminuiu em 0,1 semana enquanto o peso reduziu em 40 g no grupo tratado. O tratamento com metronidazol vaginal sozinho não foi capaz de prevenir possível infecção vaginal associada ao parto prematuro e a prevalência de baixo peso foi maior entre mulheres tratadas.	A proteção de metronidazol vaginal contra parto prematuro e baixo peso não foi confirmado.

Reme.indd 458 12/06/2008 09:38:15

Por outro lado, os autores[20] obtiveram sucesso no tratamento com metronidazol e eritromicina em gestantes com vaginose bacteriana e naquelas com risco aumentado para parto prematuro, reduzindo a incidência de parto prematuro, como demonstrado no Quadro 5.

QUADRO 5 – TRATAMENTO DA VAGINOSE BACTERIANA COM METRONIDAZOL E ERITROMICINA

Referência	Objetivos	Tipo de estudo	Sujeitos	Material e Método	Resultados	Conclusões	Observações
Hauth, JC; Goldenberg, RL; Andrews WW; Dubard MB; Copper, RL[20]	Investigar se o tratamento com metronidazol e eritromicina durante 2° e 3° trimestre de gestação diminui o incidência de parto prematuro	Randomizado, duplo-cego (2:1)	624 gestantes entre 20 e 24ª semana de gestação com VB ou risco de parto prematuro (parto prematuro prévio ou peso menor que 50 kg antes da gestação)	Gestantes com teste de cultura vaginal ou cervical ou outro teste laboratorial positivo para VB em média 22,9 semanas de gestação. 433 tratadas com metronidazol (250 mg 3x dia/7dias) e eritromicina (300 mg 3x dia/14 dias). 191 receberam placebo. Após tratamento, os testes vaginal e cervical foram repetidos e 2° curso de tratamento foi dado a mulheres com VB em média na 27,6 semanas de gestação.	Do total de 624: 258 (41%) mulheres apresentaram VB 358 (57%) não tiveram VB. 8 mulheres perderam seguimento da pesquisa. 178 (29%) mulheres tive-ram parto prematuro: 110 de 426 (26%) que receberam metronidazol e eritromicina 68 de 190 (36%) que receberam placebo. Nas mulheres com VB a taxa de parto prematuro foi: 31% no grupo tratado 49% no grupo placebo; Nas com parto prematuro prévio: 39% no grupo tratado 57% no grupo placebo; Nas com peso < 50 kg antes da gestação: 14% grupo tratado 33% grupo placebo.	Tratamento com metronidazol e eritromicina reduz taxa de parto prematuro nas gestantes com VB e nas com risco aumentado para parto prematuro.	A combinação de metronidazol e eritromicina seria esperada efetivamente contra mais organismos identificados no trato genital superior de mulheres nestes testes observacionais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O parto prematuro tornou-se um grande desafio para a área de saúde, principalmente quanto à prevenção. Grandes investimentos na qualificação dos recursos humanos e na tecnologia nos cuidados neonatais ocorreram para diminuir os índices de morbimortalidade dos prematuros. No entanto, como existem diversos fatores etiológicos para esse tipo de parto, há grande dificuldade em prevenir a ocorrência dele. As infecções genitais são consideradas fatores de riscos para o parto prematuro, e dentre elas a mais comum é a vaginose bacteriana.

A presença dessa infecção causa, em parte das mulheres, queixas que proporcionam grande desconforto e constrangimento, e isso faz com que o profissional de saúde realize triagem para a vaginose bacteriana, oferecendo tratamento quando positivo. A outra parte das mulheres assintomáticas, mas positivas para vaginose bacteriana, podem passar despercebidas, uma vez que a triagem não é rotina nem em consultas ginecológicas, tampouco em consultas de pré-natal. A triagem rotineira de gestantes aumenta a possibilidade de rastrear maior número de positividade para vaginose bacteriana, independentemente de serem sintomáticas ou não, ou de apresentarem risco para parto prematuro.

A presença de vaginose bacteriana nas gestantes eleva o risco para parto prematuro, porém a eficácia do tratamento é controversa. A eficácia do tratamento poderia reduzir a taxa de parto prematuro.

A redução da taxa de parto prematuro, possivelmente, reduziria as morbimortalidades neonatais, infecções periparto e complicações pós-parto. Haveria, também, redução dos custos, e esses valores poderiam ser repassados para estratégias de prevenção do parto prematuro. diminuindo o sofrimento social e psicológico das famílias envolvidas.

Sugerimos a implantação da triagem e tratamento da vaginose bacteriana como rotina nos pré-natais, bem como a investigação de tratamentos mais efetivos para a vaginose bacteriana, os quais poderiam diminuir trabalhos de partos pretermos.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial de Saúde (OMS). Organização Panamericana de Saúde (OPAS). CID-10: Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. Tradução de Centro Colaborativo da Organização Mundial de Saúde para a Classificação de Doenças em Português. 10ª ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2002.

2. Kekki M, Kurkki T. Kotomaki, T, Sintonen H, Paavaonen J. Cost-effectiveness of screening and treatment for bacterial vaginosis in early pregnancy among women at low risk for preterm birth. Acta Obstet Gynecol Scand. 2004; 83(1): 27-36.

3. Carvalho MHB, Bittar RB, Maganha PPAS, Pereira SV, Zugaib M. Associação da vaginose bacteriana com o parto prematuro espontâneo. Rev Bras Ginecol Obstet. 2001; 23(8): 529-33.

4. Kiss H, Petricevic L, Husslein P. Prospective randomised controlled trial of an infection screening programme to reduce the rate of preterm delivery. BMJ. 2004; 329(7462): 371-3.

5. Myers ER. Screening for bacterial vaginosis to prevent preterm birth: assessing effectiveness and cost-effectiveness. Acta Obstet Gynecol Scand. 2004; 83(1): 2-3.

Reme.indd 459 12/06/2008 09:38:15

6. Linhares IM, Bagnoli VR, Halbe HW. Vaginose bacteriana, candidose e tricomoníase. In: Halbe HW. Tratado de Ginecologia. São Paulo: Roca; 2000. v.2, cap.91.
7. Romero R, Chaiworapongsa T, Kuivanieme H, Tomp G. Bacterial vaginosis, the inflammatory response and the risk of preterm birth: A role for genetic epidemiology in the prevention of preterm birth. Am J Obstet Gynecol. 2004;190(6):1509-19.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de DST. [Citado em 09 Jan. 2005]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/assistencia/mandst99/man vaginosebac.htm.
9. Morse AS, Moreland AA, Holmes KK. Atlas de doenças sexualmente transmissíveis. [Citado em 24 fev. 2005]. Disponível em: http://www.fmt.am.gov.br/areas/dst/vaginose.htm.
10. Bianchi J. Ginecologia: vaginose bacteriana. Prim Care Update Obstet Gynecol. 2000; 7(5). [Citado em 20 jan. 2005.]. Disponível em: htpp://www.infeccao.com.br/.
11. Alanen A. Does screening reduce preterm births? BMJ. 2004; 329(7462): 374.
12. Subtil D, Denoit V, Legoueff F, Husson M-D, Trivier D, Peuch F. The role of bacterial vaginosis in preterm labor and preterm birth: a case-control study. Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. 2002; 101:41-6.
13. Carey JC, Klebanoff MA, Hauth JC, Hillier SL, Thom EA, Ernest JM, et al. Metronidazole to prevent preterm delivery in pregnant women with asymptomatic bacterial vaginosis. N Engl J Med. 2000; 342: 534-40.
14. Freitas CBS. A bacterioscopia na rotina do exame ginecológico das mulheres assistidas pelo PSF Silva Regina, Campo Grande/MS [Monografia]. Campo Grande (MS): Escola de Saúde Pública Dr Jorge David Nasser; 2003.
15. Ugwumadu A, Manyonda I, Reid F, Hay P. Effect of early oral clindamycin on late miscarriage and preterm delivery in asymptomatic women with abnormal vaginal flora and bacterial vaginosis: a randomised trial. Lancet. 2003 Mar 22; 361(9362):983-8.
16. Huiza L, Pacora P, Santivanez A, Castro G, Ayala M. La enfermedad perinatal y la prematuridad pertenecen a un síndrome clínico multifactorial: Participación de la herencia de enfermedad vascular, la flora microbiana vaginal y el estado nutricional. An Fac Med. 2003; 64(3):167-79.
17. Flynn CA, Helgwig AL, Meuer, LN. Bacterial vaginosis in pregnancy and the risk of prematurity: a meta-analysis. J Fam Pract. 1999; 48(11): 885-92.
18. McDonald HM, O'Loughlin JA, Vigneswaran R, Jolley PT, Harvey JA, Bof A, McDonald PJ. Impact of metronidazole therapy on preterm birth in women with bacterial vaginosis flora (Gardnerella vaginalis): a randomised, placebo controlled trial. Br J Obstet Gynaecol. 1997; 104(12): 1391-7.
19. Kazy Z, Puhó E, Czeizel AE. Gestational age and prevalence of preterm birth after vaginal metronidazole treatment during pregnancy. Int J Gynaecol Obstet. 2004; 87(2):161-2.
20. Haulth JC, Goldenberg RL, Andrews WW, DuBard MB, Copper RL. Reduced incidence of preterm delivery with metronidazole and erythromycin in women with bacterial vaginosis. N Engl J Med. 1995; 333(26): 1732-6.

Data de submissão: 16/5/2007
Data de aprovação: 26/10/2007

A QUESTÃO DO PORTADOR DE NECESSIDADES ESPECIAIS: UMA REFLEXÃO

THE ISSUE OF PEOPLE WITH SPECIAL NEEDS: A REFLECTION

LA CUESTIÓN DE LAS PERSONAS CON NECESIDADES ESPECIALES: UNA REFLEXIÓN

Ernesto Luiz Muniz Moreira[1]
Lucia de Fátima Rodrigues Moreira[2]
Miguir Terezinha Vieccelli Donoso[3]

RESUMO
Neste texto, nosso objetivo é proporcionar reflexões sobre a questão das pessoas portadoras de necessidades especiais, especificamente aquelas com dificuldades de locomoção ou com mobilidade reduzida. São abordados aspectos históricos, conceituais, dificuldades que elas enfrentam no dia-a-dia, a responsabilidade dos profissionais de saúde e a necessidade de mudanças na sociedade como fator essencial para o processo de inclusão desses indivíduos, possibilitando, assim, o exercício pleno da cidadania.
Palavras-chave: pessoas portadoras de deficiências, inclusão social, barreiras arquitetônicas.

ABSTRACT
This text intends to reflect on the issue of people with special needs, specially those they face in their everyday life; the responsibility of health professional and the need for changes in society as an essential factor for the inclusion of these individuals, allowing them in this way to live as full citizens.
Keywords: disabled persons, social inclusion, architectural barriers.

RESUMEN
El objeto de este texto es reflexionar sobre la cuestión de las personas con necesidades especiales, específicamente aquéllas con dificultades de locomoción o con movilidad reducida. Enfoca aspectos históricos, conceptuales, las dificultades enfrentadas en su día a día, la responsabilidad de los profesionales de salud y la necesidad de que la sociedad cambie como factor esencial para llevar a cabo el proceso de inclusión de dichos individuos y permitir que ejerzan plenamente su ciudadanía.
Palabras clave: Personas con Discapacidad; Ajuste Social; Estructuras de Acesso.

[1] Engenheiro civil. Vice-presidente e coordenador da área de Acessibilidade do Centro de Vida Independente (CVI) de Florianópolis. Santa Catarina, Brasil.
[2] Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente da Escola de Enfermagem da UFMG. Minas Gerais, Brasil.
[3] Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutora em Ciências da Saúde. Docente da Escola de Enfermagem da UFMG. Minas Gerais, Brasil.
Endereço para correspondência: Departamento de Enfermagem Básica da Escola de Enfermagem da UFMG. Av. Alfredo Balena, 190 Santa Efigênia. Belo Horizonte-MG, Brasil – CEP 30.130-100.
E-mail: miguir@enf.ufmg.br

Reme.indd 461 12/06/2008 09:38:15

INTRODUÇÃO

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)[1], o censo de 2000 revelou que 24,5 milhões de pessoas (14,5% da população brasileira) são portadoras de algum tipo de deficiência. Esse fato reforça a necessidade de modificações na sociedade, em especial na formação de profissionais voltados para esse contingente, para que tenham garantidos seus direitos de cidadania.

Historicamente, pessoas com necessidades especiais enfrentam dificuldades no seu quotidiano que perpassam por questões que vão desde o enfrentamento do preconceito até problemas de ordem prática, pois dificilmente encontram condições adequadas de acesso que lhes permitam uma adaptação plena à sociedade.[2]

A pessoa portadora de necessidades especiais, muitas vezes, é reconhecida pela família e pela sociedade como "problemática", o que contribui para sua exclusão do meio. Na nossa concepção, ao chamarmos uma pessoa de deficiente, estamos rotulando-a pelo que ela possui de diferente do que é ditado como normal pela sociedade. Quando utilizamos a expressão "portador de necessidades especiais", estamos deixando claro que essa pessoa precisa de cuidados diferenciados, mas que nem por isso deixa de ter sua eficiência.[3]

A história demonstra a trajetória da exclusão social do ser humano. No passado, o indivíduo com algum comprometimento físico e/ou mental era banido da sociedade com a morte. Atualmente, ainda ocorre uma exclusão, porém velada, na sociedade que resulta na segregação da pessoa considerada "fora dos padrões de normalidade". Conforme Quintão[3], um termo caro em nossos dias, mas que corre risco de banalização, diz respeito à inclusão. Tornou-se imperativo falar de inclusão, apesar de nem sempre discutimos suficientemente sua contrapartida, que envolveria os mecanismos de exclusão social.

Segundo Martins[4], a terminologia "portadores de deficiência" nos remete a um Brasil excludente que considerava seus doentes, deficientes ou não, como "portadores de moléstias". Esse enfoque clínico perdurou durante muito tempo.

Muitas vezes, os cuidados diferenciados destinados às pessoas portadoras de necessidades especiais transcendem o ato de cuidar, incluindo a divulgação de informações que visem derrubar barreiras e preconceitos, proporcionando mudanças atitudinais dos que interagem com eles.

O objetivo com este texto é proporcionar reflexões sobre a questão das pessoas portadoras de necessidades especiais – especificamente aquelas com dificuldades de locomoção ou com mobilidade reduzida –, que contribuam com a prestação de cuidados e com o fortalecimento da consciência sobre a necessidade de plena inclusão social dos mesmos.

REVISÃO CONCEITUAL

Segundo Rosa e Ribeiro[5], indivíduos portadores de necessidades especiais são aqueles que, sob os prismas antropológico, cultural e psicológico, não se adaptam física, intelectual ou emocionalmente aos parâmetros normais, considerando os padrões de crescimento, desenvolvimento mental e controle emocional, além dos relacionados à conservação da saúde.

Pessoa portadora de deficiência é aquela que apresenta, em caráter permanente, perdas ou anormalidades de sua estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, que gerem incapacidade para o desempenho de atividade, de acordo com o padrão considerado normal para o ser humano.[6] O termo "deficiente" pode ser definido como algo "falho, imperfeito, incompleto",[7] o que na nossa leitura é, por si só, preconceituoso quando empregado para definir determinada condição humana, por isso deve ser evitado.

Considera-se pessoa com mobilidade reduzida aquela que, não se enquadrando no conceito de pessoa com deficiência, tenha, por qualquer motivo, dificuldade de movimentar-se, permanente ou temporariamente, gerando redução efetiva da mobilidade, flexibilidade, coordenação motora e percepção.[8]

A questão da pessoa portadora de necessidades especiais

A discriminação da pessoa com deficiência física é tão antiga quanto a própria humanidade. A Bíblia, no Antigo Testamento, faz referências a indivíduos deficientes e leprosos, destacando-os como seres rejeitados pela sociedade e relacionando essa condição a castigo divino.

Segundo Prado e Rico,[10] as pessoas com deficiências físicas ou mentais foram durante muito tempo consideradas seres subumanos, sendo segregadas da sociedade. Eram escondidas, mortas ou internadas em instituições custodiais.

De acordo com Lima,[11] Hipócrates e Galeno foram os sábios gregos que modificaram as concepções sobrenaturais sobre a natureza do comportamento anormal, relacionando alguns problemas, como a epilepsia, a componentes orgânicos. Essas idéias tornaram-se importantes fatores para o desenvolvimento de uma concepção naturalista da etiologia dos comportamentos *anormais*. Ainda segundo essa autora, nova abordagem terapêutica e nova designação para os portadores de deficiência nasceram durante o século XX, quando se iniciaram grandes discussões a respeito desses indivíduos, que passaram a ser designados como retardados, pois eram vistos como atrasados em relação aos demais. No decorrer desse século, as pessoas portadoras de deficiências começaram a ser designadas como excepcionais, uma vez que fugiam dos padrões de normalidade estabelecidos pela sociedade de então. Surgiram as Associações de Pais e Amigos de Excepcionais (APAEs), proporcionando importante avanço nesta questão, porém mantendo tais pessoas na condição de segregação social.

A Assembléia Mundial da Saúde aprovou, em maio de 2001, a International Classification of Functioning Disability and Health.[12] Nela foram descritas a funcionalidade e a incapacidade relacionadas às condições de saúde, suas limitações e sua participação social, contribuindo com uma nova visão da pessoa com deficiência. Esse fato pode ser considerado um marco na evolução dos conceitos relacionados à pessoa com deficiência.

Uma avaliação dos direitos fundamentais do cidadão, mesmo superficial, exige também uma breve abordagem da formação dos profissionais que atuarão direta ou indiretamente com as pessoas portadoras de necessidades

Reme.indd 462 12/06/2008 09:38:15

especiais. Entendemos que a universidade, além de formar profissionais, tem importante papel social a ser cumprido no que tange à garantia de respeito aos direitos de cidadania. A nosso ver, os currículos de graduação adotados pelos cursos das áreas da saúde e tecnológica oferecem escassas oportunidades de discussão e de questionamentos, pouco contribuindo para o efetivo exercício dos direitos fundamentais do ser humano, tanto os de cunho individual como os de cunho social – aqui, especificamente, os direitos das pessoas portadoras de necessidades especiais.

Lembramos que a Constituição de 1988[13] instituiu alguns direitos, tais como direito à igualdade, à saúde, ao trabalho, ao transporte, à vida familiar, à educação, à eliminação de barreiras arquitetônicas, ao lazer e outros. Por conseguinte, a universidade tem o dever instituído de formar profissionais que tenham condições de contribuir para o cumprimento desses direitos.

As pessoas portadoras de necessidades especiais são indivíduos dotados de direitos, atributos e necessidades como quaisquer outros dependentes da ajuda de terceiros para sobreviver em condições dignas, que garantam até mesmo o processo de reabilitação e reinserção social.

A reabilitação é um processo orientado para a saúde que auxilia a pessoa que se encontra enferma ou incapacitada a atingir seu maior nível possível de funcionamento físico, mental, espiritual, social e econômico. O processo de reabilitação contribui para que a pessoa a atinja uma aceitável qualidade de vida, respeitando-se aspectos de dignidade, auto-estima e independência. Durante a reabilitação, o indivíduo é auxiliado a ajustar-se à sua incapacidade, aprendendo como utilizar seus recursos e focalizar as capacidades existentes. Portanto, enfatizam-se as capacidades, e não as incapacidades. O indivíduo aprende formas de viver com incapacidades residuais permanentes. O verdadeiro ajustamento é um processo interno do próprio reabilitando e envolve o exame e possível reorientação de valores.[13]

As responsabilidades dos profissionais de saúde com a reabilitação não se limitam unicamente àquelas inerentes ao trabalho direto em equipes de reabilitação. A atenção aos princípios da reabilitação deve ser assumida por esses profissionais, de modo geral, tanto os que atuam na comunidade quanto os que trabalham em serviços de assistência ambulatorial ou hospitalar ou simplesmente como cidadãos participantes do processo de inclusão social. Para uma participação efetiva nesse processo, torna-se imperativo o reconhecimento de barreiras, as quais as pessoas portadoras de necessidades especiais enfrentam no seu quotidiano. Pontuamos, a seguir, algumas dessas barreiras.

Barreiras arquitetônicas

As pessoas com necessidades especiais, freqüentemente, têm suas necessidades tolhidas e agravadas pelas barreiras arquitetônicas existentes há décadas, um fator limitador das possibilidades de integração total ou parcial à comunidade. A necessidade de eliminar as barreiras arquitetônicas existentes, voluntárias ou involuntárias, no momento é uma concepção moderna de abordar este tema, uma vez que esses obstáculos foram, na sua maioria, proporcionados pela arquitetura do passado, que não os considerou de forma adequada. Atualmente, os mesmos obstáculos são reconhecidos como um problema social, uma vez considerado o crescimento das cidades, onde o deslocamento, a locomoção e os meios de transporte em grandes distâncias constituem uma realidade imutável. Faz-se necessário minimizar esses problemas de modo a promover a inclusão, pois a utilização dos espaços públicos se dá por um grande número de pessoas portadoras de necessidades especiais.

O Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999,[6] conceitua acessibilidade como a possibilidade e a condição de alcance para utilização, com segurança e autonomia, dos espaços, mobiliários e equipamentos urbanos, das instalações e equipamentos esportivos, das edificações, dos transportes e dos sistemas e meios de comunicação, por pessoas portadoras de necessidades especiais.[14] Assim, qualquer entrave ou obstáculo que limite ou impeça esse acesso ou a liberdade de movimento ou, ainda, a circulação com segurança é considerado uma barreira.

As barreiras arquitetônicas urbanísticas são aquelas existentes nas vias públicas e nos espaços de uso público. Barreiras arquitetônicas na edificação são as existentes no interior dos edifícios. No Brasil, há uma grande carência de casas e apartamentos adequados aos portadores de necessidades especiais, o que se torna um grande problema, principalmente para pessoas economicamente carentes.

Dificuldades no trabalho

São inúmeras as dificuldades interpostas aos portadores de necessidades especiais nos postos de trabalho, os quais têm de planejar com atenção seu itinerário sob pena de não conseguirem cumprir seus contratos. Nos escritórios, bancos, oficinas e fábricas, a altura dos arquivos e prateleiras dificulta o acesso àqueles que se locomovem em cadeiras de rodas. Os banheiros e locais para refeições são os principais obstáculos à permanência dos portadores de necessidades especiais nos locais de trabalho. As principais dificuldades são: presença de degraus, ausência de travessões no vaso sanitário, molas na porta e portas estreitas. Além disso, há dificuldades de locomoção fora do local de trabalho para a realização de refeições e inexistência de mesas para esse fim.

Reiteramos a dificuldade existente no sentido de colocação profissional, sendo muitas vezes a condição física um impedimento à contratação de funcionários para determinadas finalidades. Relembramos que a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, que dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, regulamentada pelo de Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999, em seu artigo 36, determina que a empresa com 100 ou mais empregados deve preencher de 2 a 5 por cento de seus cargos com beneficiários da Previdência Social reabilitados ou com pessoa portadora de deficiência, habilitada.

Dificuldades nas viagens

Os portadores de necessidades especiais, principalmente aqueles com dificuldade de locomoção, encontram sérias dificuldades para empreender uma viagem. São raras as estações rodoviárias que possuem rampas de acesso aos veículos. O acesso à plataforma de embarque, geralmente,

Reme.indd 463 12/06/2008 09:38:15

é feito por passarelas elevadas ou escadas. Dentro dos ônibus, em geral, não há espaço para uma cadeira de rodas e a distância entre as poltronas é muito pequena. Nas longas viagens, os portadores de necessidades especiais submetem-se a longos períodos sem lanche ou sem uso do toalete, pois o deslocamento da poltrona é extremamente problemático.

Nos transportes aéreos, a situação é um pouco melhor, uma vez que alguns aeroportos possuem plataformas móveis, que chegam diretamente às portas das aeronaves, facilitando, principalmente, a entrada. Nos aeroportos em que essa facilidade não existe, a entrada e a saída de portadores de necessidades especiais se dão pela escada de acesso, com ajuda de, no mínimo, duas pessoas de porte avantajado. Alguns aeroportos, entretanto, não possuem escada de encosto, devendo a pessoa utilizar a escadinha do próprio avião, de diminutas proporções, situada na cauda. Dentro das aeronaves, existem os mesmos problemas dos ônibus: falta de espaço para cadeira de rodas, pouca distância entre as poltronas e acesso difícil ao banheiro.

Dificuldades no atendimento em serviços de saúde

Os hospitais, geralmente, dispõem de cadeiras de rodas e macas de transporte destinadas a portadores de necessidades especiais, porém a estrutura física nem sempre é adequada. Há dificuldades para a realização de procedimentos, como encaminhamento ao banho, uma vez que os banheiros são estreitos e dificultam as manobras desses equipamentos. Observa-se a prática da assistência baseada na improvisação. As cadeiras para banho são insuficientes e os leitos nem sempre oferecem condições adequadas para mudança de decúbito e/ou outras práticas para prevenção de úlceras de pressão. Paralelamente, nem sempre os profissionais da saúde sentem-se preparados para o atendimento do paciente portador de necessidades especiais. Além disso, a falta de equipamentos adequados, ou simplesmente a falta de treinamento, pode resultar em doenças ocupacionais, prejudicando até mesmo o desempenho desses profissionais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As pessoas portadoras de necessidades especiais constituem uma parcela da população cujas dificuldades de sobrevivência transcendem as questões inerentes à problemática da violência e insegurança, intrínsecas ao País, ou seja, não encontram sequer condições adequadas de locomoção no meio urbano. Enfrentam barreiras relacionadas ao trabalho, lazer e atendimento à saúde, dentre outras.

As barreiras arquitetônicas voluntárias ou involuntárias impostas aos cidadãos com necessidades especiais ou com mobilidade reduzida refletem um grave problema social atual, potencializado pelo crescimento das cidades.

Os currículos da área de saúde e da área tecnológica requerem ampla abordagem da questão da pessoa com necessidades especiais. Esse processo se inicia mediante o conhecimento da problemática, partindo-se, então, para a elaboração de propostas de melhorias no âmbito multidisciplinar.

Faz-se importante que reflexões sejam feitas para garantir o enfrentamento desta questão, favorecendo, assim, o exercício da cidadania por todas as camadas sociais.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Economia -IBGE. Senso Demográfico de 2000. [Citado em 27 jun 2003]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/nome/presidencia /noticias/ 27062003 censo.htm.
2. Braga JGS. Psicologia, organização e portador de necessidades especiais: a inclusão profissional. Revista Expressão. [Citado em 27 jun 2003]. Disponível em: http://www.fundeg.br/revista/juliana1.htm.
3. Quintão DTR. Algumas reflexões sobre a pessoa portadora de deficiência e sua relação com o social. Psicol Sociadade. 2005 jan./abr.; 17 (1): 17-28.
4. Martins V. Quem necessita de educação especial? [Citado em 20 dez. 2005]. Disponível em: http://www.lerparaver.com/node/276
5. Rosa MSL, Ribeiro RA. Clínica odontológica para pacientes especiais. In: Sampaio EF, César Fn, Martins MGA. Perfil odontológico dos pacientes portadores de necessidades especiais atendidos no Instituto de Previdência do Estado do Ceará. [Citado em 20 dez. 2005]. Disponível em: https://www.unifor.br/hp/docnoticias /vol17-artigo4.pdf
6. Brasil. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999. [Citado em 20 dez. 2005]. Disponível em: http://www.instituto empregar.org.br/faq.htm
7. Michaelis´moderno dicionário da língua portuguesa. São Paulo: Melhoramentos; 2007.
8. Brasil. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto Nº 5.296 de 02 de dezembro de 2004. [Citado em 20 dez. 2005]. Disponível em: http://www.planalto. gov.br/ ccivil_03/_Ato2004-2006/2004/Decreto/D5296.htm
9. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei N. 10.048 de 08 de Novembro de 2000. [Citado em 20 dez. 2005]. Disponível em: http://www.trt02.gov.br/geral/ tribunal2/ Legis/Leis/10048_00.html
10. Prado MMR, Rico DFN. O atendimento interdisciplinar a pessoas portadoras de deficiência mental: uma perspectiva sociointeracionista. Rev Terapia Ocupac. 1992; 3(1-2): 33-42.
11. Lima RABC. Envolvimento materno no tratamento fisioterapêutico de crianças portadoras de deficiência: compreendendo dificuldades e facilitadores [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina; 2006.
12. World Health Organization. International Classification of functioning, disability and health: ICF. Geneve: World Health Organization; 2001.
13. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
14. Smeltzer B. Brunner & Suddarth tratado de enfermagem. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2005.v. 1, cap.14.
15. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Lei 7853 de 24 de outubro de 1989. [Citado em 20 dez. 2005]. Disponível em: http://www.educacao.mg.gov.br/banco _objetos_seemg/%7B599707D6-FE41-4EA8-8777-1510F756EEEC%7D_ lf_Lei 7853 .pdf

Data de submissão: 11/6/2007
Data de aprovação: 1º/4/2008

Reme.indd 464 12/06/2008 09:38:15

A PRIMEIRA DOCÊNCIA A GENTE NUNCA ESQUECE...

YOU NEVER FORGET YOUR FIRST EXPERIENCE AS A TEACHER...

NUNCA OLVIDAMOS NUESTRA PRIMERA EXPERIENCIA COMO DOCENTES.....

Kênia Lara Silva[1]
Adriano Marçal Pimenta[1]

RESUMO
Trata-se de um relato de experiência sobre a prática pedagógica dos autores, traçando uma reflexão sobre os fundamentos teórico-filosóficos dos modelos de ensino. Discute-se o papel do professor na perspectiva da educação para o futuro, demonstrando os limites e desafios que se impõem à prática docente. A experiência dos autores como enfermeiros recém-formados, docentes e que buscam qualificação em cursos de mestrado e doutorado aponta para a necessidade de ampliação das discussões no sentido de uma prática educacional crítica, reflexiva e transformadora.
Palavras-chave: Educação Superior; Ensino; Docente de Enfermagem; Educação em Enfermagem/Métodos; Educação de Pós-Graduação em Enfermagem/Métodos

ABSTRACT
This article is a report of teaching experience by the authors, describing their thoughts on the theoretical and philosophical bases of teaching models. They discuss the teacher's role from the point of view of education for the future, demonstrating the limits and challenges imposed on teaching practice. The experience of the authors as recently qualified nurses, teachers seeking qualification in master's and doctoral courses, shows the need to widen discussions towards educational practice which includes a critical view, reflection and transformation.
Key words: Education, Higher; Teaching; Education, Nursing; Faculty, Nursing/Methods; Education, Nursing, Graduate/Methods.

RESUMEN
El presente artículo es un relato de la experiencia en práctica pedagógica de los autores dónde reflexionan sobre los fundamentos teóricos y filosóficos de los modelos de enseñanza. Cuestionan el rol del profesor desde la perspectiva de la educación para el futuro y definen los límites y retos que deben enfrentarse en la práctica docente. La experiencia de los autores como enfermeros recién graduados, docentes que buscan superarse con cursos de máster o doctorado, sugiere la necesidad de ampliar los debates para lograr una práctica educativa crítica, reflexiva y transformadora.
Palabras clave: Educación Superior; Ensenãnza; Docente de Enfermería; Educación en Enfermería/Métodos; Educación de Postgrado en Enfermería/Métodos

[1] Enfermeiros. Mestres em Enfermagem. Doutorandos em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Minas Gerais, Brasil.
Endereço para correspondência: Escola de Enfermagem da UFMG - Avenida Alfredo Balena, 190, Belo Horizonte-MG, Brasil – CEP 30130-100. Tel.: (31) 34099868. Fax: (31) 34099859.
E-mail: adrianompimenta@yahoo.com.br

Reme.indd 465 12/06/2008 09:38:15

INTRODUÇÃO

Revisitar a prática docente e as concepções que a sustentam consiste no primeiro passo para identificar limites e desafios na ressignificação dessa prática, processo que se dá no movimento de ação-reflexão-ação no e sobre o fazer pedagógico.

Sacristán[1] afirma que a docência é complexa e nem sempre coerente. O exercício de reflexão dos professores pode contribuir para uma nova racionalidade na educação desde que supere as incoerências existentes entre as ações e as concepções que sustentam essas ações.

Delors[2] aponta-nos questionamentos pertinentes quando são analisados o papel e a formação do professor: Quem pode vir a ser um bom professor? Como se construir professor? Que habilidades e competências precisam ser conquistadas? Esses, também, têm sido alguns de nossos questionamentos como docentes em qualificação na pós-graduação, quando, constantemente, vemos-nos em embates ideológicos internos e, por vezes, externos para superar modelos de ensino tradicionais.

Compreender a prática docente implica descobrir o modo como as concepções pedagógicas sustentam nossas ações, dando-lhes sentido e significado; interpretá-las envolve quatro tarefas: descrever o que faço, informar o que significa o que faço, confrontar como cheguei a ser o que sou e reconstruir o modo de fazer as coisas.[3]

Nesse sentido, nosso objetivo com este artigo é fazer uma reflexão sobre nossa prática pedagógica e as concepções nela contidas, discutindo possibilidades para a implementação de referenciais teórico-metodológicos críticos e reflexivos.

Inicialmente, apresentamos uma discussão sobre o papel do professor na perspectiva da educação para o futuro, demonstrando quais os limites e desafios que se impõem à prática docente. No segundo momento, descrevemos nossa experiência como enfermeiros recém-formados, docentes, que buscam qualificação em cursos de mestrado e doutorado para ampliar discussões e concepções sobre uma prática educacional crítica, reflexiva e transformadora.

A EDUCAÇÃO PARA O FUTURO E O PAPEL DO PROFESSOR

Gadotti[4] ao analisar as perspectivas atuais de educação, apresenta um marco histórico, destacando os pressupostos teórico-filosóficos que orientam e sustentam a educação em cada período histórico da organização na sociedade ocidental, apontando alguns elementos que caracterizam cada fase. O autor chama a atenção para a virada do milênio, razão oportuna para um balanço sobre práticas e teorias que atravessaram os tempos. Ao destacar os marcos da educação no século XXI e de um novo milênio, o autor afirma que as novas matrizes teóricas não apresentam, ainda, a consistência global necessária para indicar caminhos realmente seguros em uma época de rápidas transformações.

Ao se falar em educação para o século XXI é preciso traçar uma reflexão sobre as mudanças socioeconômicas contemporâneas e que caracterizam a sociedade atual como a sociedade da informação. Nessa sociedade, mantém-se vigente o modo de produção capitalista, mas mudanças ocorreram no processo de produção com a automatização dos setores produtivos.

Em conseqüência, mudanças também são percebidas na realidade econômica e cultural, com o surgimento de novas atividades e profissões, alta competitividade no mercado de trabalho, mudanças nas organizações empresariais com gestões menos hierárquicas. Entretanto, no capitalismo informacional, em decorrência do processo de globalização econômica, as desigualdades se exarcebaram com uma característica distinta: não se tem mais um centro e uma periferia, mas múltiplos centros e diversas periferias, tornando a economia global profundamente assimétrica com marcante dualização ou polarização social.[5]

Nesse contexto, a educação pode ser assumida como um elemento de exclusão ou inclusão social. Elemento de exclusão, quando prioriza o domínio de certas habilidades, organizando, codificando e transmitindo o conhecimento, reforçando a dualização. Elemento de inclusão social, quando facilita o acesso a uma formação com base na aquisição de conhecimentos, na seleção e processamento de informações na autonomia, na capacidade para tomar decisões, na polivalência e na flexibilidade.[5]

Assim, a educação é tomada como uma prática social e pode ser dirigida a uma educação para a eqüidade ou uma educação para a exclusão. Implica, portanto, sermos agentes de transformação ou de transmissão. Quando se assume a educação como uma prática social transformadora na sociedade da informação, cria-se uma perspectiva de participação ativa, crítica e reflexiva nessa sociedade. Defronta-se, então, com uma aprendizagem dialógica que prima pelo diálogo igualitário, pela inteligência cultural e pela solidariedade.

Gadotti[4] orienta que uma educação voltada para o futuro será sempre uma educação contestadora, superadora dos limites impostos pelo Estado e pelo mercado, portanto muito mais voltada para a transformação social do que para a transmissão cultural. Para concretizar e dotar de significado essa concepção, o autor defende as proposições da pedagogia de práxis, que oferece os referenciais mais seguros para a transformação.

Demo[6] corrobora com essa análise apontando que a

> marca histórico-estrutural fundada na potencialidade da educação, ciência e tecnologia, representa um tipo bem mais orgânico e aceitável de mudança, porque está ancorada na noção de sujeito histórico, em particular quando está em jogo a competência em termos de conhecimento.[6]

Sacristán e Gómez[3] analisam a aprendizagem relevante na escola, destacando a reconstrução do pensamento e a ação do aluno. Afirmam que os processos de educação sustentados nesse princípio devem permitir ao aluno aprender reinterpretando os significados da cultura, mediante contínuos e complexos processos de negociação, como acontece no seu cotidiano.

Demo[6] também corrobora esta concepção: aprender a aprender indica uma visão didática composta de dois horizontes entrelaçados. O autor destaca que esse processo de aprender a aprender deve sustentar-se na premissa da competência fundamental do ser humano, que

Reme.indd 466 12/06/2008 09:38:16

é a capacidade de construir a própria competência em contexto com o mundo e com a sociedade, num processo produtivo de interação.

Nessa compreensão, Delors[2] aponta que os professores devem admitir que sua formação inicial não é suficiente para seu trabalho durante o resto da vida. É preciso que se atualizem e aperfeiçoem seus conhecimentos em face da rapidez da evolução do conhecimento científico.

Na saúde e na enfermagem, é preciso considerar, também, as inovações nos campos da propedêutica, da terapêutica e do diagnóstico, os avanços e as descobertas de novos medicamentos e tecnologias que influenciam e determinam o processo saúde-doença.

No enfrentamento das exigências colocadas pelo mundo contemporâneo, os professores têm papel determinante na formação de atitudes positivas ou negativas. Sacristán e Gómez[3] afirmam que a prática do docente é intelectual e autônoma, sendo

> *um processo de ação e reflexão cooperativa, de indagação e de experimentação, no qual o professor aprende a ensinar e ensina porque aprende, intervém para facilitar, e não para impor nem substituir a compreensão dos alunos, a reconstrução do seu conhecimento experiencial; e ao refletir sobre a sua intervenção exerce e desenvolve a sua própria compreensão.*[3]

Perrenoud[7] amplia essa discussão ao defender que, para desenvolver uma cidadania adaptada ao mundo contemporâneo, o professor deve ter o perfil de uma pessoa confiável, mediador intercultural, mediador de uma comunidade educativa, organizador da vida democrática e intelectual.

Nessa construção, o professor possui cinco conjuntos de competências: organizador de uma pedagogia construtivista, mediador de sentido dos saberes, criador de situações de aprendizagens, administrador da heterogeneidade, regulador dos processos e percursos da formação. Esse perfil e as competências do professor se completam com duas posturas fundamentais: prática reflexiva e implicação crítica.

Perrenoud[7] aponta-nos que a prática reflexiva se faz necessária no perfil do professor, uma vez que nas sociedades em transformação, tal como na saúde, na enfermagem e no ensino, a capacidade de inovar e regular a prática é decisiva. A prática reflexiva advém da reflexão sobre a experiência, favorecendo a construção de novos saberes.

A implicação crítica resulta de um contexto no qual o debate político sobre a educação e suas finalidades torna-se presente, sinalizando discussões sobre a democratização do ensino e da cultura, gestão do sistema educacional, participação dos sujeitos nas decisões e regulação dos processos.

Assim, na educação para o futuro, o papel do professor volta-se para uma prática que considere a autonomia dos sujeitos, o senso crítico, a co-responsabilização. Nessa construção, o docente é um sujeito definidor nos processos de mudança e, portanto, assume papel crítico e reflexivo. Ele torna-se apto a propor conceitos capazes de trabalhar dialeticamente o cotidiano e contribuir para a construção coletiva do processo de transformação.

A DOCÊNCIA: DA REPRODUÇÃO À REFLEXÃO

O início da nossa carreira de docentes se deu logo após o término da graduação em Enfermagem e começo do curso de mestrado em Enfermagem. O mestrado propiciou nossa inclusão como docentes de instituições de ensino superior de Enfermagem, momento de partida da nossa prática pedagógica.

Nossa experiência de ensino-aprendizagem, vivenciada até então durante grande parte do ciclo educativo, era pautada na pedagogia tradicional. Portanto, no início da nossa carreira docente, houve uma reprodução do processo de aprendizagem teorizado por essa corrente pedagógica, vigente na nossa sociedade desde o século XVI até os dias atuais.

Nossa relação com os alunos era vertical e hierarquizada, centrada na nossa figura de professor. A transmissão de conhecimentos seguia essa tendência, considerando o aluno como um ser passivo na recepção do conhecimento.[8,9] Os procedimentos de ensino incluíam aulas expositivas, com exercícios de fixação (memorização) e o processo avaliativo constituía-se na reprodução exata daquilo que o professor transmitiu. Não havia espaço para as peculiaridades dos discentes, o que corroborava com a concepção positivista do conhecimento, que também sustentava a pedagogia tradicional, tendo como um de seus representantes Durkheim, para quem o todo tinha precedência sobre as partes.[8,10]

Contudo, isso era feito sem o sentimento de culpa ou até mesmo de forma inocente, dada a falta de reflexão sobre nossa prática e do desconhecimento de outras possibilidades de educar. Apesar disso, os educandos davam uma resposta positiva aos métodos de ensino. Talvez isso tenha acontecido pelo fato de os alunos também aceitarem a realidade vivenciada sem uma reflexão sobre ela.

Nesse contexto, a avaliação tinha também caráter de mensuração da habilidade técnica em realizar um procedimento com rapidez. Esse processo era fortemente influenciado pelos marcos teóricos da administração clássica de Taylor e Fayol. Mais uma vez ressaltamos que isso era feito de maneira ingênua pelos recém-docentes. Ao mesmo tempo, de maneira inconsciente, tudo isso respondia aos interesses da educação vigente, influenciados também em grande parte pela pedagogia da Escola Tecnicista, que se caracteriza por cumprir com um papel de modeladora do comportamento humano, utilizando técnicas específicas. Um dos objetivos dessa perspectiva é produzir indivíduos competentes para o mercado de trabalho, passando de maneira eficiente informações precisas, objetivas e rápidas.[9,11]

Nessa corrente pedagógica, os conteúdos de ensino centram-se nos princípios científicos, nas técnicas, na objetividade do fazer, assumindo muito dos princípios da racionalidade técnica. A metodologia utilizada é a da tecnologia educacional, com objetivos instrucionais e comportamentos terminais. A concepção de aprendizagem se baseia na modificação de desempenho, a qual sustenta a construção do conhecimento como algo

Reme.indd 467 12/06/2008 09:38:16

externo ao sujeito e que, portanto, mediante o treinamento, busca-se o desenvolvimento de habilidades.[8]

Ao mesmo tempo em que o mestrado abriu as portas para a docência, também despertou-nos a reflexão sobre a prática pedagógica que estava sendo desenvolvida, bem como a respeito das crenças e valores que a fundamentavam. Essa reflexão se deu à medida que nos aproximamos dos fundamentos filosófico-pedagógicos que orientam os diversos modelos de ensino.

O caminho traçado para essa transformação de consciência começou, primeiramente, com a disciplina Prática do Ensino da Assistência de Enfermagem, do curso de mestrado, por meio da qual tivemos contato com os pressupostos teórico-filosóficos das principais correntes pedagógicas. Esse foi o momento de tomada de consciência sobre a forma de ensinar que fazíamos. Pudemos refletir sobre as inadequações de empregar a pedagogia tradicional como prática cotidiana, uma vez que ela não permite a expressão das individualidades e subjetividades, características inerentes ao trabalho de enfermagem e ao fazer pedagógico.

Nesse movimento, outro teórico muito importante para a nossa conscientização foi Snyders e a sua pedagogia do movimento de continuidade e ruptura. Para esse autor, a experiência primária do aluno é importante e deve ser lapidada em um processo contínuo até chegar a um conhecimento elaborado. Ao alcançar este último estágio, acontece uma ruptura com o conhecimento primeiro, mas sem deixar de considerá-lo importante.[8]

Contudo, ainda permanecia um vazio em nossos questionamentos: Por que existem alunos com mais facilidade de aprender do que outros? Será que existe uma explicação biológica para isso?

As repostas a essas perguntas foram encontradas na teoria da psicologia genética de Piaget. A obra desse autor permitiu a identificação dos grandes estágios do desenvolvimento cognitivo: sensoriomotor; a inteligência representativa ou conceitual e as operações formais, quando se constroem as estruturas intelectuais próprias do raciocínio hipotético-dedutivo. Além disso, Piaget salienta que o equilíbrio nos estágios do desenvolvimento integra e coordena os processos de maturação, experiências físicas, transmissões sociais e culturais e dá direcionalidade à evolução mental.[8]

Esse autor foi primordial ao nos fazer compreender que todos têm a mesma potencialidade genética para aprender e que as diferenças nos ritmos de aprendizagem poderiam ser influenciadas por aspectos psicossociais. Entendemos, então, que conhecer as peculiaridades dos alunos é essencial para o processo de ensino-aprendizagem.

Nesse processo reflexivo sobre a prática pedagógica, o contato com a Pedagogia da Problematização e Educação como prática de liberdade, de Paulo Freire, nos instigou a refletir que o processo de aprendizagem deve ter como protagonista o educando. Na Pedagogia Libertadora, há a compreensão de que a educação tem como função primordial a análise crítica da realidade histórica socioeconomicamente determinada, visando à transformação desta. A construção do conhecimento que sustenta essa tendência educacional é formar pelo e para o trabalho.

Para Freire,[12] o problema central do homem não era o simples alfabetizar, mas assumir sua dignidade como homem. Para isso, o processo educativo não poderia estar desarticulado da realidade nas causas mais profundas dos acontecimentos vividos, devendo inserir sempre os fatos particulares na globalidade das ocorrências da situação. Assim, a educação é assumida como uma reflexão sobre a realidade com um papel na construção de uma sociedade democrática. Para isso, no processo educativo devem ser levadas em conta as potencialidades dos sujeitos para comunicar, interagir e administrar o mundo moderno, criando condições para que todos tenham as mesmas oportunidades de fala, de argumentação e de decisão sobre as coisas. Esse tem sido um desafio ainda presente na construção das práticas educativas e o assumimos, também, na formação dos docentes em nível de graduação e pós-graduação.

Com isso, percebemos que poderíamos modificar as metodologias empregadas durante o ensino, contudo ainda permanecia uma lacuna: Como avaliar nessa nova perspectiva?

A resposta começou a se formular após cursarmos a disciplina Estudos Avançados em Educação e Saúde – Avaliação Educacional. Nessa disciplina, pudemos perceber que a avaliação na escola tradicional é usada como um método punitivo, que busca medir o grau de memorização do aluno, sem espaço para o raciocínio. Prende-se ao quantitativo, e não mensura qualidade, ou seja, não prova nada.[13]

Autores como Demo[13], Diligenti[14] e Hoffmann[15] afirmam que a avaliação também é um momento de aprendizagem e que deve evidenciar a evolução de cada aluno. Portanto, o caráter coletivo do teste ou da prova deve ser substituído por um método avaliativo mais individualizado e que leve em consideração as subjetividades de cada educando.

Segundo Diligenti,[14] o que se pretende na Escola Tradicional é uma padronização dos alunos em um nível de conhecimento comum. Não existe possibilidade para as diferenças, ou seja, todos devem aprender da mesma forma e no mesmo ritmo. Então, o processo avaliativo fixa seu objetivo em medir o aprendizado de forma única.

Por outro lado, na Pedagogia Libertadora, a avaliação é um momento de crescimento do discente, respeitando a cadência do aprendizado individual. Por isso, a avaliação se torna um momento de superação de obstáculos pessoais em direção a outro nível de dificuldade. O educando vai superando as adversidades aos poucos até atingir um grau satisfatório de entendimento e cultura.

Assim, para a formação de profissionais críticos e reflexivos, é necessário que o corpo docente saiba aproveitar "os erros" dos estudantes, levando-os a questionar suas idéias, oferecendo-lhes situações para pensar, decidir, planejar e refletir.

Essa nova forma de olhar a avaliação também tem contribuído para a mudança no nosso processo de aprendizagem como recém-docentes, auxiliando-nos a mudar a maneira de avaliar e, conseqüentemente, de ensinar e aprender.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A mudança nas práticas pedagógicas apresenta-se como um caminho longo e árduo, mas necessário na

Reme.indd 468 12/06/2008 09:38:16

ressignificação e ampliação dos horizontes da prática docente, despertando o desejo dos atores sociais para que se aprimorem e construam novas alternativas para o desenvolvimento do processo de aprendizagem mais justo, solidário, dialógico e democrático.

Consideramos que o papel do professor é influenciado pelo contexto e apresenta potencialidade na construção de sujeitos capazes de transformar-se e de transformar o ambiente acadêmico, validando e implementando referenciais críticos e reflexivos. Assim, a reflexão sobre a prática e suas crenças, valores e concepções leva-nos a questionar a forma tradicional de ensino-aprendizagem e coloca-nos diante da necessidade de mudança. É preciso considerar também que todo processo de mudança é polêmico e envolve resistências e conflitos em uma realidade plural cujo desenlace, ainda que imprevisível, será obviamente uma modificação da realidade.

Nesse caminhar, vislumbramos possibilidades de reconstruir nossa prática com base na realidade que vivenciamos. Apostamos na pedagogia problematizadora e defendemos a educação como prática de liberdade que, no contexto do ensinar-aprender em enfermagem, para além de novos referenciais na educação, implica, concomitantemente, novos modos de assumir o cuidado em saúde realizado com sujeitos com valores, cultura, ideologias e comprometidos com a mudança social. Sinalizamos desafios e potencialidades para analisar e ressignificar o fazer pedagógico que busca no cotidiano imprimir nova lógica à educação em saúde e à enfermagem.

Agradecimentos: Grostaríamos de fazer um agradecimento especial à Profª Drª Marta Denise do Prado pelas valiosas contribuições para a elaboração deste artigo.

REFERÊNCIAS

1. Sacristán JG. Poderes instáveis em educação. Porto Alegre: Artmed; 1999.
2. Delors J, Organizador. Educação: um tesouro a descobrir - Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI. 6ª ed. São Paulo: Cortez; 2001.
3. Sacristán JG, Gómez AIP. Compreender e transformar o ensino. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 1998. p.379
4. Gadotti M. Perspectivas atuais da educação. Porto Alegre: Artmed; 2000.
5. Imbernón F, Organizador. A educação no século XXI: os desafios do futuro imediato. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2000.
6. Demo P. Desafios modernos da educação. São Paulo: Cortez; 1998. 212p.
7. Perrenoud P. As competências para ensinar no século XXI: a formação de professores e o desafio da avaliação. Porto Alegre: Artmed; 2002.
8. Aranha MLA. Filosofia da educação. 2ª ed. São Paulo: Moderna; 1996.
9. Nietsche EA. As teorias de educação e o ensino de enfermagem no Brasil. In: Saupe R. Educação em enfermagem: da realidade construída para a possibilidade em construção. Florianópolis: Editora da UFSC; 1998. p.119-62.
10. Souza JVA. Uma leitura da educação à luz das teorias sociológicas de Émile Durkheim, Max Weber e Talcoot Parsons: um ensaio de interpretação. Educ Rev. 1997; 20:6-24.
11. Bagnato MHS. Concepções pedagógicas no ensino de enfermagem no Brasil. Texto Contexto Enferm. 1997; 6(3): 241-58.
12. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 25ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2002.
13 Demo P. Ser professor é cuidar para que o aluno aprenda. Porto Alegre: Mediação; 2004.
14. Diligenti M. Avaliação no ensino superior e profissionalizante. Porto Alegre: Mediação; 2002.
15. Hoffman J. Avaliar para promover – as setas do caminho. 6ª ed. Porto Alegre: Mediação; 2004.

Data de submissão: 18/5/2006
Data de aprovação: 26/10/2007

Reme.indd 469 12/06/2008 09:38:16

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PESSOA PORTADORA DA SÍNDROME DE CHURG-STRAUSS: ESTUDO DE CASO

NURSING ASSISTANCE SYSTEMATIZATION FOR PATIENT WITH CHURG STRAUSS SYNDROME: CASE STUDY

SISTEMATIZACIÓN DE LA ASISTENCIA DE ENFERMERÍA AL PACIENTE PORTADOR DEL SÍNDROME DE CHURG-STRAUSS: ESTUDIO DE CASO

Flávia Sampaio Latini Gomes[1]
Lúcia de Fátima Rodrigues Moreira[1]
Paula Gabriela Ribeiro Andrade[2]
Fabrícia Madalena Meira Santos[2]

RESUMO
Trata-se de estudo de caso de um paciente portador da síndrome de Churg-Strauss, desenvolvido durante o ensino clínico da disciplina Enfermagem do Adulto e do Idoso. Os resultados obtidos demonstraram que as intervenções de enfermagem implementadas contribuíram positivamente para a melhoria das condições do paciente, evidenciada pela diminuição da dor e da ansiedade, bem como pela melhor compreensão do paciente em relação ao diagnóstico médico, fatores que propiciaram o envolvimento dele no autocuidado.
Palavras-chave: Estudo de Caso; Síndrome de Churg-Strauss; Processos de Enfermagem; Diagnóstico de Enfermagem.

ABSTRACT
Case study of a patient with Churg-strauss syndrome, drawn up during the clinical teaching period of an Adult and Elderly Health course. Results obtained demonstrated that nursing interventions implemented contributed in a positive way to enhance the conditions of patients. This can be seen by the reduction of pain and anxiety the patient's understanding his diagnosis. These factors helped improve his involvement in self care.
Key words: Case Studies; Churg-Strauss Syndrome; Nursing Process; Nursing Diagnosis.

RESUMEN
Se trata del estudio de caso de un paciente portador del síndrome de Churg-Strauss desarrollado durante la enseñanza de la asignatura Enfermería del Adulto y del Anciano. Los resultados obtenidos demostraron que las intervenciones de enfermería implementadas contribuyeron positivamente a mejorar las condiciones del paciente, lo cual se refleja tanto en la disminución del dolor como de la ansiedad y en el hecho de que el paciente entiende mejor su diagnóstico médico, todos ellos factores que propician su autocuidado.
Palabras clave: Estudios de Casos; Síndrome de Churg-Strauss; Procesos de Enfermería; Diagnóstico de Enfermería.

[1] Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Docente do Departamento de Enfermagem Básica da EEUFMG. Minas Gerais, Brasil.
[2] Discente do curso de graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Minas Gerais, Brasil.
Endereço para correspondência: Escola de Enfermagem da UFMG – Departamento de Enfermagem Básica. Avenida Alfredo Balena, 190, sala 106, Santa Efigênia, Belo Horizonte-MG, Brasil – CEP 30.130-100.
E-mail: latini@ufmg.br.

Reme.indd 470 12/06/2008 09:38:16

INTRODUÇÃO

Durante o acompanhamento de alunos nas atividades práticas da disciplina Enfermagem do Adulto e do Idoso, do curso de graduação em Enfermagem, em Unidade de Internação de um Hospital Universitário, um dos clientes atendidos pelos discentes era portador da síndrome de Churg-Strauss (SCS).

O objetivo geral da disciplina é prestar assistência de enfermagem ao adulto e idoso com acometimentos de saúde agudos ou crônicos, que demandem intervenções de enfermagem, utilizando uma metodologia de assistência. Para tal, os discentes desempenham atividades de coleta de dados, definição de problemas, estabelecimento dos diagnósticos, das intervenções e evoluções de enfermagem, o que é precedido da anuência dos clientes em participar desse processo.

Julga-se pertinente o relato de caso dessa síndrome em virtude da raridade dela e da importância de seu conhecimento por parte dos profissionais de saúde, em especial pelos enfermeiros, para o atendimento das necessidades específicas decorrentes da SCS.

Assim, o objetivo com este trabalho é apresentar uma experiência discente durante a realização do ensino clínico da disciplina Enfermagem do Adulto e do Idoso no atendimento a uma pessoa portadora da SCS, internado em unidade de clínica médica de um hospital universitário de Belo Horizonte-MG.

SÍNDROME DE CHURG-STRAUSS

A SCS é uma doença auto-imune, rara e de etiologia indeterminada que afeta, principalmente, homens na faixa dos 50 anos com história pregressa de asma e rinite alérgica.[1] Essa síndrome, também conhecida como *angeíte granulomatosa*, é definida como uma vasculite sistêmica, clinicamente caracterizada por asma, hipereosinofilia e infiltrados pulmonares temporários.[2]

A incidência mundial da SCS é de 2,4 a 4,0 casos entre 1 milhão de pessoas, de acordo com estudos europeus realizados em 1984 e 1995.[3] E a prevalência dessa patologia pode ser subestimada em decorrência da sobreposição clínica e anatomopatológica de outras vasculites e da própria raridade da doença.[2]

Os primeiros casos foram descritos por Churg e Strauss, em 1951, quando os pesquisadores avaliaram um grupo de 13 pacientes que apresentavam asma, eosinofilia, inflamação granulomatosa, vasculite sistêmica necrotizante e glomerulonefrite necrotizante.[4,5] Em 1990, o American College of Rheumathology definiu seis critérios classificatórios da SCS: asma, eosinofilia periférica acima de 10%, sinusite paranasal, infiltrado pulmonar, prova histológica de vasculite com eosinofilia extravasculares e polineuropatia. Na presença de quatro desses critérios, a pessoa é considerada portadora da síndrome.[6]

A evolução da doença, por sua vez, pode ser dividida em três fases. A primeira é conhecida como *prodrômica* e caracteriza-se pelo aparecimento da asma com sinais e sintomas de rinite e sinusite. A segunda é a *eosinofílica*, que se caracteriza pela eosinofilia periférica e infiltrados eosinofílicos teciduais. Na terceira fase, denominada *vasculítica*, há presença de vasculite sistêmica com neuropatia periférica e de doenças cardíacas. Essa fase pode ser grave e aumentar a morbimortalidade.[7,8]

A determinação do diagnóstico da SCS pela equipe médica pode ser conseguida com o auxílio de diversos exames laboratoriais. Os exames hematológicos revelam eosinofilia, anemia, aumento da taxa de sedimentação eritrocitária e dos níveis de proteína C reativa, IgE e hipergamaglobulinemia. Sendo que, 70% dos casos são p-ANCA (anticorpos antimieloperoxidase) positivo.[5]

Além da eosinofilia, a síndrome é caracterizada por quadro de asma e de sinusite, sendo esta observada em até 61% dos casos.[9] As manifestações respiratórias são apresentadas durante a primeira fase da doença, podem perdurar por vários anos e estão, normalmente, relacionadas com inflamação do trato respiratório inferior e superior. Os sintomas iniciais são brandos e podem tornar-se mais severos com o tempo, sendo que 77% dos pacientes precisam ser submetidos ao tratamento com corticosteróides para o controle da asma. No entanto, observa-se que metade dos pacientes apresenta melhora do quadro de asma ao alcançar a fase vasculítica da doença. Nos estudos de imagem, as alterações radiológicas torácicas estão presentes em, aproximadamente, 75% dos casos e a radiografia de tórax pode mostrar opacidade pulmonar em 26-77% dos casos.[2,9]

O sistema nervoso também pode ser acometido. Um estudo com portadores da SCS revelou que, quando o sistema nervoso central era afetado, as manifestações variavam desde desorientações e convulsões até o coma. Entretanto, os pacientes com o sistema nervoso periférico afetado apresentaram neuropatia periférica com distúrbios motores, sensitivos e tróficos.[4] Este último sistema é o mais acometido e aparece em 50% a 70% dos pacientes.[3]

Em casos de envolvimento do sistema nervoso periférico, a biópsia do nervo sural é o procedimento mais viável.[5] Entretanto, o diagnóstico é baseado, principalmente, nos aspectos clínicos, pois nem sempre os granulomas eosinofílicos estão presentes em uma biópsia.[7] A polineuropatia é menos freqüente, uma vez que na SCS o mais comum é a mononeuropatia periférica. A polineuropatia caracteriza-se por ser um tipo de desordem que acomete numerosos nervos periféricos ao mesmo tempo, o que contribui para um déficit distal e simétrico associado a problemas em reflexos tendinosos.[10]

O acometimento dos nervos ocorre por causa da isquemia nos vasos que os irrigam provocada pelas vasculites necrotizantes. Essa circulação colateral deficiente, portanto, torna os nervos susceptíveis a danos isquêmicos.[3]

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

M. A. P., 56 anos, amasiado (vive com companheira há 20 anos), foi admitido no Pronto Atendimento do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (PA-HC/UFMG) no dia 29/9/2006, com quadro de tonteira, dor generalizada, paresia e parestesia em membros superiores (MMSS) e inferiores (MMII).

À anamnese, realizada em 24/11/2006, queixou-se de sensação de "choque e de que os ossos estão [estavam] crescendo e esticando a pele" e piora[va] a dor nas mãos.

Reme.indd 471 12/06/2008 09:38:16

Residia em São Paulo-SP, onde trabalhava como gráfico há 40 anos. Relata que, em julho desse mesmo ano, apresentou episódio súbito de asma (nega episódios semelhantes anteriores) e fortes dores nas pernas. Ao consultar-se com um pneumologista, foi prescrito broncodilatador do tipo aerossol, para os momentos de crise. Para as dores nas pernas, M. A. P. se automedicou com diclofenaco de sódio (Voltaren®), relatando melhora. Após dois meses, apresentou dor intensa de MMII durante o trabalho, fazendo, novamente, uso de diclofenaco de sódio. No dia seguinte, percebeu aumento da dor, fraqueza e tremor, perda da sensibilidade no terço distal dos MMIIs e incapacidade de se manter de pé sem apoio.

Em virtude da piora do quadro, o paciente decidiu mudar-se para Belo Horizonte-MG para se tratar. Relatou que durante a viagem de mudança apresentou episódio de dor generalizada, cefaléia e tonteira, e por esse motivo procurou o Hospital das Clínicas de Pouso Alegre-MG, onde permaneceu internado por cinco dias. Quando recebeu alta, foi orientado para consultar-se com um neurologista. Ao chegar a Belo Horizonte, iniciou tratamento na clínica de pneumologia do Ambulatório Bias Fortes do HC/UFMG e realizou a consulta com neurologista. Em 29/9/2006, apresentou piora do quadro álgico, sendo encaminhado ao PA-HC/UFMG. Ao ser admitido, relatou emagrecimento de 20 quilos nos últimos quatro meses, relacionado com inapetência e náuseas, além de perda de memória, tontura e tremor de repouso. História pregressa de sífilis na juventude, gota há quatro anos, hipertensão arterial sistêmica e úlcera gástrica diagnosticada há trê anos. Relatou que antes da internação realizava suas atividades da vida diária de forma independente e trabalhava em média 12 horas por dia. Informou que suas atividades de lazer consistiam em assistir a filmes durante a noite, ler e observar o céu. Caminhava pelo parque ocasionalmente. Dormia em torno de três horas por noite, relatando padrão de sono satisfatório. Consumia bebida alcoólica nos finais de semana. Relatou que encerrara suas atividades laborativas havia quatro meses, desde o agravamento do quadro de saúde.

Após a internação, mantém-se acamado. Necessita de auxílio para mudar-se de decúbito, alimentar-se, vestir-se e banhar-se. Não consegue manter-se de pé sem auxílio. Relata que tem dispnéia e tontura quando faz pequenos esforços e desconforto na região facial durante a mastigação. Ingere 1000 mL de líquido por dia.

Ao exame físico, realizado em 24/11/2006, encontrava-se alerta, consciente, orientado no tempo, no espaço e sobre si mesmo, comunicativo e colaborativo. Estava afebril, hidratado e eupnéico. Apresentava tremor de repouso e parecia ansioso. Tinha a pele hipocorada (2+/4+), anictérica, acianótica. Sentia dor à palpação da região dos seios maxilares. Apresentava conjuntivas hipocoradas (2+/4+). Sua *ictus cordis* era visível, medindo duas polpas digitais. Apresentava bulhas normofonéticas e o ritmo cardíaco era regular. O tórax apresentava expansão simétrica e murmúrios vesiculares fisiológicos, sem ruídos adventícios. O pulso da aorta abdominal era visível. O abdome estava livre, escavado, indolor à palpação superficial e doloroso à palpação profunda na região do hipocôndrio esquerdo. O fígado era palpável no nível do rebordo costal. Os MMSSs apresentavam-se simétricos, hipotônicos, atróficos com restrição dos movimentos finos e grossos, e a pele estava seca e descamativa. Havia a presença de pequenos nódulos em vasos periféricos dos antebraços. As resposta sensitiva e motora estavam alteradas. As palmas das mãos estavam hipocoradas (2+/4+), apresentando hipersensibilidade tátil e dolorosa. Os membros inferiores eram simétricos, hipotônicos e atrofiados, com sensibilidade tátil diminuída ao toque, sendo mais acentuada na região distal do membro inferior direito. Apresentava restrição de movimentos nos MMIIs ao exame e pele ressecada e descamativa. Na região maleolar direita, foi observada incisão cirúrgica limpa e seca, de aproximadamente 10 cm, decorrente de biópsia de nervo sural. Dados vitais e antropométricos: pressão arterial: 130x80mmHg; freqüência cardíaca: 80 bpm; freqüência respiratória: 20irpm; temperatura axilar: 35,9C; peso: 52 kg; altura: 1,68 m, IMC: 18,42 kg/m^2 (peso há quatro meses: 72 kg; IMC: 25,5 kg/m^2).

Segundo dados do prontuário, na data de realização do exame físico, o paciente estava em uso de losartana potássica, 50 mg, associada a hidroclorotiazida, 12,5 mg, duas vezes ao dia; dipirona, 20 gotas, de 6 em 6 horas, se necessário; codeína associada a paracetamol, 7,5 mg, se dor; liquemine, 1 ampola, subcutânea, de 12 em 12 horas; ácido fólico, 3 mg, de 12 em 12 horas; prednisona, 60 mg, de 24 em 24 horas; ranitidina, 20 mg, de 12 em 12 horas.

Os exames complementares, na data de admissão, revelaram hemoglobina de 11 g%, leucócitos totais 21000/mm^3, com presença de 65% de eosinófilos. O raio-X de tórax evidenciou nódulos centrolobulares em ambos os pulmões, alguns com padrão de árvore em brotamento. O raio-X dos seios da face revelou sinusopatia etmoidal e frontal esquerda e dilatação parcial das unidades osteomeatais. À tomografia computadorizada de tórax/mediastino, realizada em 18/10/2006, nódulos centrolobulares mal definidos, em ambos os pulmões. Não foi observado aprisionamento aéreo nos cortes em apnéia respiratória máxima, linfadenomegalia ou lesão expansiva mediastinal. Não foram evidenciadas anormalidades nos grandes vasos e as superfícies e os espaços pleurais apresentavam-se livres. Segundo o responsável pelo laudo, embora não se observassem os padrões mais comuns de consolidações periféricas e vidro fosco, a possibilidade de acometimento pulmonar pela vasculite Churg Strauss deveria ser considerada, dada a correlação com os informes clínicos.

Em 20/10/2006, foi realizada espirometria, que revelou distúrbio ventilatório obstrutivo leve com variação significativa de fluxo após broncodilatador, sendo compatível com quadro de asma. A saturação de oxigênio foi de 98% e a freqüência cardíaca, de 80bpm.

Em 27/10/2006, foi realizada biópsia dos nervos fibular e sural, que revelou sinais de desmielinização com alguns feixes neurais contendo fibras mielíneas vacuolizadas, sem sinais de neurite, vasculite ou depósitos metabólicos, caracterizando quadro de neuropatia desmielinizante. A conduta de tratamento para a neuropatia incluiu a pulsoterapia com metilprednisona e ciclosfamida.

PROBLEMAS DE ENFERMAGEM

Em 24/11/2006, os seguintes problemas de enfermagem foram identificados: dor em região mandibular durante a mastigação; dor à palpação no hipocôndrio direito; dor nas regiões palmares; impossibilidade de apoiar os pés no chão; dispnéia e tonteira aos pequenos esforços; tremor de repouso; paresia, parestesia e limitação dos movimentos

Reme.indd 472 12/06/2008 09:38:16

em MMSS e MMII; sensação "de choque e de que os ossos estão [estavam] crescendo e esticando a pele" das mãos; MMSS e MMII hipotróficos e hipotônicos; medo de contrair infecção em ferida operatória em MID; pele ressecada nos MMSS e MMII; ansiedade; ingesta de apenas 1000 mL de líquidos por dia; emagrecimento súbito (IMC 18,42 kg/m^2); anemia, eosinofilia; história de hipertensão arterial sistêmica, úlcera gástrica, gota e asma; uso de diurético; afastamento das atividades laborativas e de lazer; dependência para realização das atividades da vida diária.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

Os diagnósticos de enfermagem, segundo NANDA (2005/2006)9, foram:

1. Ansiedade, relacionada às dificuldades no atendimento às suas necessidades básicas, caracterizada por preocupação expressa, decorrente das mudanças em seu cotidiano e na atividade laboral após o surgimento do agravo, inquietação e tremores.

2. Dor, relacionada a agentes lesivos biológicos, caracterizada por relato verbal, adoção de posição antálgica, comportamento de defesa e expressão facial.

3. Risco para síndrome do Desuso, relacionada a dor intensa, dispnéia, movimentos limitados, paresia e parestesia em MMSS e MMII.

4. Risco para integridade da pele prejudicada, relacionada a déficit de líquidos, restrição ao leito imposta pela patologia, corticoterapia, ressecamento e descamação da epiderme.

5. Nutrição desequilibrada, menos do que as necessidades corporais, relacionada à dificuldade para ingerir alimentos, secundária à sinusopatia e desconforto à mastigação, caracterizada por conjuntivas hipocoradas e perda de peso.

6. Mobilidade física prejudicada, relacionada a dor, prejuízos musculoesqueléticos e neuromusculares, caracterizada por amplitude limitada de movimentos e capacidade limitada para realizar movimentos grossos e finos.

7. Risco para infecção, relacionado a terapia medicamentosa, internação hospitalar prolongada e cirurgia.

8. Padrão respiratório ineficaz, relacionado à presença de nódulos centro lobulares em ambos os pulmões secundários à vasculite Churg-Strauss, evidenciado por dispnéia e tonteira aos pequenos esforços.

9. Percepção sensorial tátil perturbada, relacionada à integração sensorial alterada secundária à neurite periférica, caracterizada por hipersensibilidade tátil e dolorosa nas regiões palmares.

10. Déficit para autocuidado para banho/higiene, relacionado a prejuízo neuromuscular (paresia MMII), dor nos MMIIs e imobilização caracterizado por incapacidade para chegar ao banheiro e retornar ao leito, regular fluxo e temperatura da água, pegar os artigos para banho e secar-se.

11. Atividade de recreação deficiente, relacionada à internação prolongada, caracterizada por impedimento à realização de passatempos habituais.

12. Risco de volume de líquidos deficiente, relacionado ao uso de diurético e baixa ingesta de líquidos.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Com base nos problemas e diagnósticos de enfermagem, levantados após a primeira avaliação, foram propostas as seguintes intervenções de enfermagem[12]:

– controle dos sinais vitais de 6 em 6 horas, com principal atenção à variação dos valores da pressão arterial e do padrão respiratório;
– redução da ansiedade: utilizar abordagem calma e segura; oferecer informações reais sobre o diagnóstico, tratamento e prognóstico; explicar os procedimentos; propiciar momentos de escuta para que possa exteriorizar suas preocupações; encorajar a verbalização de sentimentos, percepções e medos; manter ferida operatória em MID protegida com atadura de crepom;
– controle da dor/percepção sensorial: observar queixas álgicas e medicar conforme prescrição médica; observar evolução de paresia e parestesia em MMSS e MMII; manter constantemente mãos protegidas com luvas de procedimento para diminuir sensação de "choque" e dor;
– prevenção de úlceras de pressão: aplicar creme hidratante em pele íntegra, após o banho; ajudar na transferência para a poltrona, duas vezes ao dia; estimular reposicionamentos freqüentes para aliviar áreas de pressão; aplicar Escala de Risco de Braden semanalmente; avaliar as áreas de proeminências ósseas quanto à hiperemia, à descamação, ao ressecamento e ao calor;
– controle da nutrição: estimular e monitorar a aceitação da dieta, proporcionando o equilíbrio entre a nutrição e as necessidades corporais; discutir com a nutricionista a possibilidade de modificar a consistência da dieta;
– reposição hídrica: estimular e monitorar a ingesta hídrica (em torno de 1500 a 2000 mL por dia); monitorar diurese;
– melhora do padrão respiratório: manter a cabeceira elevada a 30°;
– assistência no autocuidado: encaminhar ao banho de aspersão em cadeira de rodas; providenciar os artigos pessoais desejados; facilitar ao paciente o próprio banho; estimular participação ativa nos momentos de realização de higiene corporal e alimentação;
– terapia recreacional: oferecer livros e revistas.

EVOLUÇÃO

As intervenções de enfermagem propostas foram implementadas pela discente e seguidas pela equipe de enfermagem o resultado foi a melhoria das condições do paciente, evidenciada pela diminuição da ansiedade, maior entendimento do paciente em relação ao diagnóstico médico, envolvimento no autocuidado, melhor aceitação da dieta após oferta de alimentos abrandados.

A utilização constante das luvas de procedimento pelo paciente proporcionou diminuição da sensação de "choque" e de estiramento da pele dos quirodáctilos. Isso permitiu a execução de diversas atividades da vida diária, tais como segurar talheres e outros instrumentos e realizar a higiene corporal, uma vez que até mesmo a água do chuveiro provocava desconforto na área palmar. Ademais, tal intervenção ainda gerou um sentimento de independência e segurança, que contribuiu para a melhora da auto-estima e a redução da ansiedade.

Reme.indd 473 12/06/2008 09:38:16

Após as aplicações de creme hidratante, notou-se visível melhora do padrão de turgor da pele. Embora a ferida operatória no membro inferior direito já estivesse seca e livre de sinais inflamatórios, a utilização do enfaixamento da região maleolar foi mantida com o intuito de atender à demanda do paciente, reduzindo-lhe a ansiedade, pois receava contrair infecção hospitalar por exposição da cicatriz.

DISCUSSÃO

O diagnóstico de síndrome de Churg-Strauss, neste relato de caso, deveu-se às manifestações de asma, à eosinofilia, à neuropatia periférica e à presença de nódulos pulmonares apresentados. Esses achados foram obtidos durante anamnese e exame físico, além de estudos laboratoriais e de imagem.

O paciente em estudo apresentou acometimento do sistema nervoso periférico, que foi evidenciado por paresia e distúrbio sensitivo em membros superiores e inferiores, diagnosticado pela equipe médica como polineuropatia simétrica distal.

No caso em questão, foi detectada eosinofilia de 65% no dia da admissão, ratificando que a eosinofilia é o achado laboratorial tipicamente encontrado, podendo atingir 1000 células/mL em 80% dos pacientes. A infiltração por eosinófilos nos tecidos, geralmente, é responsável pelo achado histopatológico mais comum, que são as reações granulomatosas nos tecidos ou dentro das paredes dos vasos sangüíneos,[9] evidenciadas pelos nódulos palpados nos trajetos venosos de MMSS.

Os eosinófilos apresentam funções fagocíticas e oxidativas similares à dos neutrófilos. A liberação de proteínas catiônicas dos grânulos dos eosinófilos danifica os tecidos. Os eosinófilos também secretam citocinas como a interleucinas (IL-1, IL-5), além de funcionarem como células que apresentam de antígenos em associação com complexo de histocompatibilidade de classe II; liberam agentes quimiotáticos para outros granulócitos e leucotrieno C4, o qual aumenta a permeabilidade vascular. Os eosinófilos favorecem a proliferação de fibroblastos e a deposição de colágeno. Essas atividades dos eosinófilos têm sido descritas como responsáveis pela fisiopatologia da SCS. O elevado número dessas células e o aumento de imunoglobulina-E nos vasos e tecidos, juntamente com neurotoxinas e outras proteínas dos eosinófilos, sugerem um papel direto na vasculite. O acúmulo pode ser resultado de uma resposta alérgica a um antígeno desconhecido.[3]

A realização de biópsia em um dos nervos acometidos consiste em recurso terapêutico para a elaboração do diagnóstico final. No paciente em questão, foram realizadas biópsias dos nervos fibular e sural. De acordo com os dados do prontuário, o resultado da primeira biópsia mostrou sinais de desmielinização, nos quais alguns feixes neurais com fibras mielínicas vacuolizadas sem sinais de neurite, vasculite ou depósitos metabólicos, levaram ao diagnóstico conclusivo de neuropatia desmielinizante. A segunda biópsia, do nervo sural, revelou alterações sugestivas de neuropatia desmielinizante, uma vez que as fibras mielínicas apresentavam-se vacuolizadas sem sinais de vasculite, neurite ou depósitos metabólicos. A neuropatia desmielinizante pode justificar os relatos de sensação de choque e estiramento da pele de MMSS, que tanto desconforto causava ao paciente, cujos efeitos foram sanados com a utilização das luvas de procedimento pelo mesmo.

O tratamento da síndrome de Churg-Strauss ainda é controverso e vem sendo realizado por meio de glicocorticóides. Nos casos mais graves dessa síndrome, baixas doses de agentes citotóxicos são associados para a obtenção de maior controle da doença.[1] Após a pulsoterapia realizada, o paciente passou a fazer uso regular de predinisona (60 mg/dia), no intuito de tratar o processo inflamatório.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final dessa experiência percebe-se que os pacientes portadores de síndrome de Churg-Strauss requerem cuidados de enfermagem específicos e sistematizados. Diante de situações como essa, raramente encontrada na prática clínica, compete ao enfermeiro buscar informações sobre a doença e as possíveis intervenções a serem implementadas para solucionar os diagnósticos de enfermagem identificados, promover a educação continuada da equipe, além de fornecer orientações ao paciente, aos cuidadores e aos familiares. Compete ao enfermeiro, ainda, promover o envolvimento e adesão da equipe sob sua gerência, para que a implementação das intervenções aconteça de forma contínua e efetiva.

Para a abordagem ao paciente, deve-se ressaltar a importância da comunicação entre equipe multiprofissional, cabendo a cada um dos seus membros trabalhar as especificidades relacionadas à sua formação, porém atendendo o paciente de forma integralizada.

REFERÊNCIAS

1. Mardegan LC, Soledade C, Sachetto Z, Bertolo MB, Amstalden EMI, Sâmara AM, Fernández SRM. Síndrome de Churg-Strauss: uma vasculite rara. Rev Bras Reumatol. 2004; 44 (2):179-84.
2. Barros JM, Antunes T, Barbas CSV. Síndrome de Churg Strauss. J Bras Pneumol. 2005; 31(supll. 1): 27-31.
3. Abril A, Calamia KT, Cohen MD. The Churg Strauss syndrome (allergic granulomatous angiitis): review and update. Semin Arthr Rheum. 2003; 33 (2): 106-114.
4. Churg J, Strauss L. Allergic granulomatosis, allergic angiitis, and periarteritis nodosa. Am J Pathol. 1951; 27 (2): 277-301.
5. Farid-Moayer M, Sessoms SL. Churg-Strauss syndrome. [Citado em: 2007 Fev 5] Disponível em: http://www.emedicine.com/med/topic2926.htm.
6. Masi AT, Hunder GG, Lie JT, Michel BA, Bloch DA, Arend WP et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of Churg-Strauss syndrome (allergic granulomatosis and angiitis). Arthr Rheum 1990; 33 (8): 1094-100.
7. D'Cruz DP, Barnes NC, Lockwood CM. Difficult asthma or Churg-Strauss syndrome? BMJ. 1999; 318 (7182): 475-6.
8. Hasley PB, Follansbee WP, Coulehan JL. Cardiac manifestation of Churg-Strauss syndrome: report of a case and review of the literature. Am Heart J. 1990; 120 (4): 996-9.
9. Sneller MC. Síndromes de vasculite. In: Kasper DL. Harrison´s medicina interna. 16. ed. Rio de Janeiro: Interamericana do Brasil; 2006. v.2. p.2100-12.
10. Greenberg DA, Aminoff MJ, Semon RP. Distúrbio da sensibilidade somática. In: Greenberg DA, Aminoff MJ, Semon RP. Neurologia clínica. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996. p.199-226.
11. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2005-2006. Porto Alegre: Artmed; 2006.
12. Dochterman JMC, Bulechek, GM. Classificação das intervenções de Enfermagem (NIC). 4a ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.

Data de submissão: 12/7/2007
Data de aprovação: 24/12/2007

Reme.indd 474 12/06/2008 09:38:17

REME – REVISTA MINEIRA DE ENFERMAGEM
INSTRUÇÕES AOS AUTORES

1 SOBRE A MISSÃO DA REME

A REME – Revista Mineira de Enfermagem é uma publicação da Escola de Enfermagem da UFMG em parceria com Faculdades, Escolas e Cursos de Graduação em Enfermagem de Minas Gerais: Escola de Enfermagem Wenceslau Braz; Fundação de Ensino Superior do Vale do Sapucaí; Fundação de Ensino Superior de Passos; Centro Universitário do Leste de Minas Gerais; Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Possui periodicidade trimestral e tem por finalidade contribuir para a produção, divulgação e utilização do conhecimento produzido na enfermagem e áreas correlatas, abrangendo a educação, a pesquisa e a atenção à saúde.

2 SOBRE AS SEÇÕES DA REME

Cada fascículo, editado trimestralmente, terá a seguinte estrutura:

Editorial: refere-se a temas de relevância do contexto científico, acadêmico e político-social;

Pesquisas: incluem artigos com abordagem metodológicas qualitativas e quantitativas, originais e inéditas que contribuem para a construção do conhecimento em enfermagem e áreas correlatas;

Revisão teórica: avaliações críticas e ordenadas da literatura em relação a temas de importância para a enfermagem e áreas correlatas;

Relatos de experiência: descrições de intervenções e experiências abrangendo a atenção em saúde e educação;

Artigos reflexivos: textos de especial relevância que trazem contribuições ao pensamento em Enfermagem e Saúde;

Normas de publicação: instruções aos autores referentes à apresentação física dos manuscritos nos idiomas: português, inglês e espanhol.

3 SOBRE O JULGAMENTO DOS MANUSCRITOS

Os manuscritos recebidos serão analisados pelo Conselho Editorial da REME, que se reserva o direito de aceitar ou recusar os trabalhos submetidos. O processo de revisão – *peer review* – consta das etapas a seguir, nas quais os manuscritos serão:

a) protocolados, registrados em base de dados para controle;
b) avaliados quanto à apresentação física – revisão inicial quanto aos padrões mínimos de exigências da REME (folha de rosto com identificação dos autores e títulos do trabalho) e a documentação; podendo ser devolvido ao autor para adequação às normas antes do encaminhamento aos consultores;
c) encaminhados ao Editor-Geral, que indica o Editor Associado, que ficará responsável por indicar dois consultores em conformidade com as áreas de atuação e qualificação;
d) remetidos a dois revisores especialistas na área pertinente, mantidos em anonimato, selecionados de um cadastro de revisores, sem identificação dos autores e o local de origem do manuscrito. Os revisores serão sempre de instituições diferentes da instituição de origem do autor do manuscrito.
e) Após receber ambos os pareceres, o Editor Associado avalia e emite parecer final, e este é encaminhado ao Editor-Geral, que decide pela aceitação do artigo sem modificações, pela recusa ou pela devolução aos autores com as sugestões de modificações. Cada versão é sempre analisada pelo Editor-Geral, responsável pela aprovação final.

4 SOBRE A APRESENTAÇÃO DOS MANUSCRITOS

4.1 APRESENTAÇÃO GRÁFICA

Os manuscritos devem ser encaminhados gravados em disquete ou CD-ROM, utilizando programa "Word for Windows", versão 6.0 ou superior, fonte "Times New Roman", estilo normal, tamanho 12, digitados em espaço 1,5 entre linhas, em duas vias impressas em papel padrão ISO A4 (212 x 297mm), com margens de 2,5 mm, padrão A4, limitando-se a 20 laudas, incluindo as páginas preliminares, texto, agradecimentos, referências e ilustrações.

Reme.indd 475 12/06/2008 09:38:17

4.2 AS PARTES DOS MANUSCRITOS

Todo manuscrito deverá ter a seguinte estrutura e ordem, quando pertinente:

a) Páginas preliminares:

Página 1: Título e subtítulo – nos idiomas: português, inglês, espanhol; **Autor(es)** – nome completo acompanhado da profissão, titulação, cargo, função e instituição, endereço postal e eletrônico do autor responsável para correspondência; **Indicação da Categoria do artigo**: Pesquisa, Revisão Teórica , Relato de Experiência, Artigo Reflexivo/Ensaio.

Página 2: Título do artigo em português; Resumo e palavras-chave; **Abstract** e Key words; **Resumen** e Palabras clave. (As Palavras-chave (de três a seis), devem ser indicadas de acordo com o DECS – Descritores em Ciências da Saúde/BIREME), disponível em: <http://decs.bvs.br/>.

O resumo deve conter até 250 palavras, com espaçamento simples em fonte com tamanho 10.

Página 3: a partir desta página, apresenta-se o conteúdo do manuscrito precedido pelo título em português, que inclui:

b) Texto: – introdução;
– desenvolvimento (material e método ou descrição da metodologia, resultados, discussão e/ou comentários);
– conclusões ou considerações finais;

c) Agradecimentos (opcional);

d) Referências como especificado no item 4.3;

e) Anexos, se necessário.

4.3 SOBRE A NORMALIZAÇÃO DOS MANUSCRITOS:

Para efeito de normalização, serão adotados os Requerimentos do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (Norma de Vancouver). Esta norma poderá ser encontrada na íntegra nos endereços:

em português: <http://www.bu.ufsc.br/bsccsm/vancouver.html>
em espanhol: <http://www.enfermeriaencardiologia.com/formacion/vancouver.htm>
em inglês: <http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html>

As **referências** são numeradas consecutivamente, na ordem em que são mencionadas pela primeira vez no texto.

As **citações no texto** devem ser indicadas mediante número arábico, sobrescrito, correspondendo às referências no final do artigo.

Os **títulos das revistas** são abreviados de acordo com o "Journals Database" – Medline/Pubmed, disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/ query. fcgi? db=Journals> ou com o CCN – Catálogo Coletivo Nacional, do Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (IBICT), disponível em: <http://www.ibict.br.>

As **ilustrações** devem ser apresentadas em preto & branco imediatamente após a referência a elas, em conformidade com a Norma de apresentação tabular do IBGE, 3ª ed. de 1993 . Em cada categoria deverão ser numeradas seqüencialmente durante o texto. Exemplo: (TAB. 1, FIG. 1, GRÁF 1). Cada ilustração deve ter um título e a fonte de onde foi extraída. Cabeçalhos e legendas devem ser suficientemente claros e compreensíveis sem necessidade de consulta ao texto. As referências às ilustrações no texto deverão ser mencionadas entre parênteses, indicando a categoria e o número da ilustração. Ex. (TAB. 1).

As **abreviaturas**, grandezas, símbolos e unidades devem observar as Normas Internacionais de Publicação. Ao empregar pela primeira vez uma abreviatura, esta deve ser precedida do termo ou expressão completos, salvo quando se tratar de uma unidade de medida comum.

As **medidas de comprimento, altura, peso e volume** devem ser expressas em unidades do sistema métrico decimal (metro, quilo, litro) ou seus múltiplos e submúltiplos. As temperaturas, em graus Celsius. Os valores de pressão arterial, em milímetros de mercúrio. Abreviaturas e símbolos devem obedecer padrões internacionais.

Os **agradecimentos** devem constar de parágrafo à parte, colocado antes das referências.

Reme.indd 476 12/06/2008 09:38:17

5 SOBRE O ENCAMINHAMENTO DOS MANUSCRITOS

Os manuscritos devem vir acompanhados de ofício de encaminhamento contendo nome do(s) autor(es), endereço para correspondência, e-mail, telefone, fax e declaração de colaboração na realização do trabalho e autorização de transferência dos direitos autorais para a REME. (Modelos disponíveis em www.enf.ufmg.br/reme)

Para os manuscritos resultados de pesquisas envolvendo seres humanos, deverá ser encaminhada uma cópia de aprovação emitido pelo Comitê de Ética reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), segundo as normas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/196/96).

Para os manuscritos resultados de pesquisas envolvendo apoios financeiros, estes deverão estar claramente identificados no manuscrito e o(s) autor(es) deve(m) declarar, juntamente com a autorização de transferência de autoria, não possuir(em) interesse(s) pessoal, comercial, acadêmico, político ou financeiro no manuscrito.

Os manuscritos devem ser enviados para:

At/REME – Revista Mineira de Enfermagem
Escola de Enfermagem da UFMG
Av. Alfredo Balena, 190, sala 104 Bloco Norte
CEP.: 30130-100 Belo Horizonte-MG – Brasil – Telefax.: 55(31) 3409-9876
E-mail: reme@enf.ufmg.br

6 SOBRE A RESPONSABILIZAÇÃO EDITORIAL

Os casos omissos serão resolvidos pelo Conselho Editorial.
A REME não se responsabiliza pelas opiniões emitidas nos artigos.

(Versão de setembro de 2007)

Reme.indd 477 12/06/2008 09:38:17

Reme.indd 478 12/06/2008 09:38:17

REME – REVISTA MINEIRA DE ENFERMAGEM
INSTRUCTIONS TO AUTHORS

1. THE MISSION OF THE MINAS GERAIS NURSING MAGAZINE – REME

REME is a journal of the School of Nursing of the Federal University of Minas Gerais in partnership with schools and undergraduate courses in Nursing in the State of Minas Gerais, Brazil: Wenceslau Braz School of Nursing, Higher Education Foundation of Vale do Sapucaí, Higher Education Foundation of Passos, University Center of East Minas Gerais, Nursing College of the Federal University of Juiz de Fora. It is a quarterly publication intended to contribute to the production, dissemination and use of knowledge produced in nursing and similar fields covering education, research and healthcare.

2. REME SECTIONS

Each quarterly edition is structured as follows:

Editorial: raises relevant issues from the scientific, academic, political and social setting.

Research: articles with qualitative and quantitative approaches, original and unpublished, contributing to build knowledge in nursing and associated fields.

Review of theory: critical reviews of literature on important issues of nursing and associated fields.

Reports of experience: descriptions of interventions and experiences on healthcare and education.

Critical reflection: texts with special relevance bringing contributions to nursing and health thinking.

Publication norms: instructions to authors on the layout of manuscripts in the languages: Portuguese, English and Spanish.

3. EVALUATION OF MANUSCRIPTS

The manuscripts received are reviewed by REME's Editorial Council, which has the right to accept or refuse papers submitted. The peer review has the following stages:

a) protocol, recorded in a database for control

b) evaluated as to layout – initial review as to minimal standards required by REME – (cover note with the name of authors and titles of the paper) and documentation. They may be sent back to the author for adaptation to the norms before forwarding to consultants.

c) Forwarded to the General Editor who name an Associate Editor who will indicate two consultants according to their spheres of work and qualification.

d) Forwarded to two specialist reviewers in the relevant field, anonymously, selected from a list of reviewers, without the name of the authors or origin of the manuscript. The reviewers are always from institutions other than those of the authors.

e) After receiving both opinions, the General Editor and the Executive Director evaluate and decide to accept the article without alterations, refuse or return to the authors, suggesting alterations. Each copy is always reviewed by the General Editor or the Executive Director who are responsible for final approval.

4. LAYOUT OF MANUSCRIPTS

4.1 GRAPHICAL LAYOUT

Manuscripts are to be submitted on diskette or CD-ROM in Word for Windows, version 6.0 or higher, Times New Roman normal, size 12, space 1.5, printed on standard ISO A4 paper (212 x 297 mm), margins 2.5 mm, limited to 20 pages, including preliminary pages, texts, acknowledgement, references and illustrations.

4.2 PARTS OF THE MANUSCRIPTS

Each manuscript should have the following structure and order, whenever relevant:

REME – Rev. Min. Enf.; 11(1): 99-107, jan/mar, 2007 – 103

a) Preliminary pages:

Page 1: title and subtitle – in Portuguese, English and Spanish. Authors: full name, profession, qualifications, position and institution, postal and electronic address of the author responsible for correspondence. Indication of paper category: Research, Review of Theory, Report of Experience, Critical Reflection/Essay.

Reme.indd 479 12/06/2008 09:38:17

Page 2: Title of article in Portuguese; Resumo e palavras-chave; Abstract and key-words; Resumen e palavras clave (Key words - 3 to 6 – should agree with the Health Science Descriptors/BIREME, available at http://decs.bvs.br/ .

The abstract should have up to 250 words with simple space, font size 10.

Page 3: the content of the paper begins on this page, starting with the title in Portuguese, which includes:

b) Text:

• Introduction;

• Main body (material and method or description of methodology, results, discussion and/or comments);

• Conclusions or final comments.

c) Acknowledgements (optional);

d) References as specified in item 4.3

e) Appendices, if necessary.

4.3 REQUIREMENTS FOR MANUSCRIPTS:

The requirements are those of the International Committee of Medical Journal Editors (Vancouver Norm), which can be found in full at the following sites:

Portuguese: <http://www.bu.ufsc.br/bsccsm/vancouver.html>

Spanish: <http://www.enfermeriaencardiologia.com/formacion/vancouver.htm>

English: <http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html>

References are numbered in the same order in which they are mentioned for the first time in the text.

Quotations in the text should be numbered, in brackets, corresponding to the references at the end of the article.

The titles of journals are abbreviated according to "Journals Database" – Medline/Pubmed, available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/ query. fcgi? db=Journals> or according to the CCN – National Collective Catalogue of the IBICT- Brazilian Information Institute in Science and Technology, available at: <http://www.ibict.br.>

Illustrations should be sent in black and white immediately after the reference in the text, according to the tabular presentation norm of IBGE, 3rd ed. of 1993. Under each category they should be numbered sequentially in the text. (Example: TAB 1, FIG. 1, GRÁF 1). Each illustration should have a title and the source. Headings and titles should be clear and understandable, without the need to consult the text. References to illustrations in the text should be in brackets, indicating the category and number of the illustration. Ex. (TAB. 1).

Abbreviations, measurement units, symbols and units should agree with international publication norms. The first time an abbreviation is used, it should be preceded by the complete term or expression, except when it is a common measurement.

Length, height, weight and volume measures should be quoted in the metric system (meter, kilogram, liter) or their multiples or sub-multiples. Temperature, in degrees Celsius. Blood pressure, in millimeters of mercury. Abbreviations and symbols must follow international standards.

Acknowledgements should be in a separate paragraph, placed before the bibliography.

5. SUBMITTAL OF MANUSCRIPTS

Manuscripts must be accompanied by a cover letter containing the names of the authors, address for correspon¬dence, e-mail, telephone and fax numbers, a declaration of collaboration in the work and the transfer of copyright to REME.

(Samples are available at: www.enfermagem.ufmg.br/reme)

For manuscripts resulting from research involving human beings, there should be a copy of approval by the ethics committee recognized by the National Ethics Committee for Research (CONEP), according to the norms of the National Health Council – CNS/196/96.

Manuscripts that recived financial support need to have it clearly identified.

The author(s) must sign and send the Responsability Agreement and Copyright Transfer Agreement and also a statement informing that there are no persnonal, comercial, academic, political or financial interests on the manuscript.

Manuscripts should be sent to:

ATT/REME- Revista Mineira de Enfermagem

Escola de Enfermagem da UFMG

Av. Alfredo Balena, 190, sala 104 Bloco Norte

CEP.: 30130-100 Belo Horizonte - MG – Brasil - Telefax.: 55(31) 3409-9876 – REME – Rev. Min. Enf.; 11(1): 99-107, jan/mar, 2007 104

E-mail: *reme@enf.ufmg.br*

6. EDITORS RESPONSIBILITY

Further issues will be decided by the Editorial Council.

REME is not responsible for the opinions stated in articles.

(September version, 2007)

Reme.indd 480 12/06/2008 09:38:17

REME – REVISTA DE ENFERMERÍA DEL ESTADO DE MINAS GERAIS INSTRUCCIONES A LOS AUTORES

1. SOBRE LA MISIÓN DE LA REVISTA REME

REME – Revista de Enfermería de Minas Gerais – es una publicación trimestral de la Escuela de Enfermería de la Universidad Federal de Minas Gerais – UFMG – conjuntamente con Facultades, Escuelas y Cursos de Graduación en Enfermería del Estado de Minas Gerais: Escuela de Enfermería Wenceslao Braz; Fundación de Enseñanza Superior de Passos; Centro Universitario del Este de Minas Gerais; Facultad de Enfermería de la Universidad Federal de Juiz de Fora – UFJF. Su publicación trimestral tiene la finalidad de contribuir a la producción, divulgación y utilización del conocimiento generado en enfermería y áreas correlacionadas, incluyendo también temas de educación, investigación y atención a la salud.

2. SOBRE LAS SECCIONES DE REME

Cada fascículo, editado trimestralmente, tiene la siguiente estructura:

Editorial: considera temas de relevancia del contexto científico, académico y político social;

Investigación: incluye artículos con enfoque metodológico cualitativo y cuantitativo, originales e inéditos que contribuyan a la construcción del conocimiento en enfermería y áreas correlacionadas;

Revisión teórica: evaluaciones críticas y ordenadas de la literatura sobre temas de importancia para enfermería y áreas correlacionadas;

Relatos de experiencias: descripciones de intervenciones que incluyen atención en salud y educación;

Artículos reflexivos: textos de especial relevancia que aportan al pensamiento en Enfermería y Salud;

Normas de publicación: instrucciones a los autores sobre la presentación física de los manuscritos en los idiomas portugués, inglés y español.

3. SOBRE CÓMO SE JUZGAN LOS MANUSCRITOS

Los manuscritos recibidos son analizados por el Cuerpo Editorial de la REME, que se reserva el derecho de aceptar o rechazar los trabajos sometidos. El proceso de revisión – paper review – consta de las siguientes etapas en las cuales los manuscritos son:

a) protocolados, registrados en base de datos para control;

b) evaluados según su presentación física – revisión inicial en cuanto a estándares mínimos de exigencias de la R.E.M.E (cubierta con identificación de los autores y títulos del trabajo) y documentación ; el manuscrito puede devolverse al autor para que lo adapte a las normas antes de enviarlo a los consultores;

c) enviados al Editor General que indica el Editor Asociado que será el responsable por designar dos consul¬tores de conformidad con el área.

d) remitidos a dos revisores especilistas en el área pertinente, manteniendo el anonimato, seleccionados de una lista de revisores, sin identificación de los autores y del local de origen del manuscrito. Los revisores siempre serán de instituciones diferentes a las de origen del autor del manuscrito.

e) después de recibir los dos pareceres, el Editor General y el Director Ejecutivo los evalúan y optan por la aceptación del artículo sin modificaciones, por su rechazo o por su devolución a los autores con sugerencias de modificaciones. El Editor General y/o el Director Ejecutivo, a cargo de la aprobación final, siempre analizan todas las versiones.

4. SOBRE LA PRESENTACIÓN DE LOS MANUSCRITOS

4.1 PRESENTACIÓN GRÁFICA

Los manuscritos deberán enviarse grabados en disquete o CD-ROM, programa "Word for Windows", versión 6.0 ó superior, letra "Times New Roman", estilo normal, tamaño 12, digitalizados en espacio 1,5 entre líneas, en dos copias impresas en papel estándar ISO A4 (212x 297mm), con márgenes de 25mm, modelo A4, limitándose a 20 carillas incluyendo páginas preliminares, texto, agradecimientos, referencias, tablas, notas e ilustraciones. – REME – Rev. Min. Enf.; 11(1): 99-107, jan/mar, 2007 106

4.2 LAS PARTES DE LOS MANUSCRITOS

Los manuscritos deberán tener la siguiente estructura y orden, cuando fuere pertinente:

a) páginas preliminares:

Página 1: Título y subtítulo en idiomas portugués, inglés y español;Autor(es)- nombre completo, profesión, título, cargo, función e institución; dirección postal y electrónica del autor responsable para correspondencia; Indicación de la categoría del artículo: investigación, revisión teórica, relato de experiencia, artículo reflexivo/ensayo.

Reme.indd 481 12/06/2008 09:38:17

Página 2: Título del artículo en portugués; Resumen y palabras clave. Las palabras clave (de tres a seis) deberán indicarse en conformidad con el DECS – Descriptores en ciencias de la salud /BIREME), disponible en: http://decs.bvs.br/.

El resumen deberá constar de hasta 250 palabras, con espacio simple en letra de tamaño 10.

Página 3: a partir de esta página se presentará el contenido del manuscrito precedido del título en portugués que incluye:

b) Texto: – introducción;

• desarrollo (material y método o descripción de la metodología, resultados, discusión y/o comen¬tarios);

• conclusiones o consideraciones finales;

c) Agradecimientos (opcional);

d) Referencias como se especifica en el punto 4.3;

e) Anexos, si fuere necesario.

4.3 SOBRE LA NORMALIZACIÓN DE LOS MANUSCRITOS:

Para efectos de normalización se adoptarán los Requisitos del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (Norma de Vancouver). Esta norma se encuentra de forma integral en las siguientes direcciones:

En portugués: http://www.bu.ufsc.br/bsccsm/vancouver.html>

En español: http://www.enfermeriaencardiologia.com/formación/vancouver.htm

En inglés: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html >

Las referencias deberán enumerarse consecutivamente siguiendo el orden en el que se mencionan por primera vez en el texto.

Las citaciones en el texto deberán indicarse con numero arábico, entre paréntesis, sobrescrito, correspondiente a las referencias al final del articulo.

Los títulos de las revistas deberán abreviarse de acuerdo al "Journals Database" Medline/Pubmed, disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/ query. fcgi? db=Journals> o al CCN – Catálogo Colectivo Nacional, del IBICT-Ins¬tituto Brasileño de Información en Ciencia y Tocología, disponible en: <http://www.ibict.br.>

Las ilustraciones deberán presentarse en blanco y negro luego después de su referencia, en conformidad con la norma de presentación tabular del IBGE , 3ª ed. , 1993. Dentro de cada categoría deberán enumerarse en secuencia durante el texto. Por ej.: (TAB.1, FIG.1, GRAF.1). Cada ilustración deberá tener un titulo e indicar la fuente de donde procede. Encabezamientos y leyendas deberán ser lo suficientemente claros y comprensibles a fin de que no haya necesidad de recurrir al texto. Las referencias e ilustraciones en el texto deberán mencionarse entre paréntesis, con indicación de categoría y número de la ilustración. Por ej. (TAB.1).

Las abreviaturas, cantidades, símbolos y unidades deberán seguir las Normas Internacionales de Publicación. Al emplear por primera vez una abreviatura ésta debe estar precedida del término o expresión completos, salvo cuando se trate de una unidad de medida común.

Las medidas de longitud, altura, peso y volumen deberán expresarse en unidades del sistema métrico decimal (metro, kilo, litro) o sus múltiplos y submúltiplos; las temperaturas en grados Celsius; los valores de presión arterial en milímetros de mercurio. Las abreviaturas y símbolos deberán seguir los estándares internacionales.

Los agradecimientos deberán figurar en un párrafo separado, antes de las referencias bibliográficas.

5. SOBRE EL ENVÍO DE LOS MANUSCRITOS

Los manuscritos deberán enviarse juntamente con el oficio de envío, nombre de los autores, dirección postal, dirección electrónica y fax así como de la declaración de colaboración en la realización del trabajo y autorización de transferencia de los derechos de autor para la revista REME. (Modelos disponibles en: www.enfermagem.ufmg.br/reme)

Para los manuscritos resultados de trabajos de investigación que involucren seres humanos deberá enviarse una copia de aprobación emitida por el Comité de Ética reconocido por la Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) – Comisión Nacional de Ética en Investigación, en conformidad con las normas de la resolución del Consejo Nacional de Salud – CNS/196/96. – REME – Rev. Min. Enf.; 11(1): 99-107, jan/mar, 2007 – 107

Para los manuscritos resultantes de trabajos de investigación que hubieran recibido algún tipo de apoyo financiero, el mismo deberá constar, claramente identificado, en el propio manuscrito. El autor o los autores también deberán declarar, juntamente con la autorización de transferencia del derecho de autor, no tener interés personal, comercial, académico, político o financiero en dicho manuscrito.

Los manuscritos deberán enviarse a:
At/REME – Revista Mineira de Enfermagem
Escola de Enfermagem da UFMG, sala 104 Bloco Norte
CEP 30130- 100 Belo Horizonte MG – Brasil – Telefax **55 (31) 3409-9876
Correo electrónico: reme@enf.ufmg.br

6. SOBRE LA RESPONSABILIDAD EDITORIAL

Los casos omisos serán resueltos por el Consejo Editorial.
REME no se hace responsable de las opiniones emitidas en los artículos.

(Versión del 12 de septiembre de 2007)

Reme.indd 482 12/06/2008 09:38:17

REME

Revista Mineira de Enfermagem
Nursing Journal of Minas Gerais
Revista de Enfermería de Minas Gerais

Assinatura Anual 2007 | Annual subscription 2007 | Suscripción 2007

EXEMPLAR AVULSO / SAMPLE PRICE / EJEMPLAR SUELTO
1997 A 2003: R$ 10,00 / U$$ 10.00
2004 A 2007: R$ 25,00 / U$$ 25.00

Nome / Name / Nombre: _____

Endereço / Adress / Dirección: _____

_____

Cidade / City / Ciudad: _____ País / Country / Pais: _____

UF / State / Provincia: _____ CEP / Zip Code / Código Postal: _____

Tel. / Phone / Tel.: _____ Fax: _____ Celular / Cell / Phone: _____

E-mail: _____

Empresa / Company / Empresa: _____

Categoria Profissional / Occupaction / Profesión: _____

Data / Date / Fecha: _____

Assinatura / Signature / Firma: _____

Remeter Ficha de Assinatura, acompanhada de cópia de comprovante de depósito bancário, para:
Send your subscreption to:
Enviar la Inscripción a:

Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais
Av. Alfredo Balena, 190, Sala 104, Bloco Norte
Campus Saúde, Bairro Santa Efigêni - CEP 30130-100
Belo Horizonte - MG - Brasil
Telefone/Fax: +55 31 3409-9876

BANCO DO BRASIL
Agência, *Branch Number, Sucursal Número*: 1615-2
Conta, *Bank Account, Cuenta de Banco*:480109-1
Individual: R$ 100,00 ( ) U$$ 80.00 ( )
Institucional: R$ 250,00 ( ) U$$ 100.00 ( )

Código identificador, *Identification code, Clave de Identificación*: 4828011
Favorecido, *To, Em nombre de:* Fundação de Desenvolvimento da Pesquisa
Periodicidade Trimestral, *Every Quarter, Periodicidad Trimestral*

Reme.indd 483 12/06/2008 09:38:17

Reme.indd 484 12/06/2008 09:38:17